

D/55

IDŐLEGES SZEMÉLYISÉGTORZULÁSOK ÉS MENTÁLIS
TELJESÍTMÉNYCSÖKKENÉS, VALAMINT AZOK GYÓGYSZERES
BETOLYÁSOLÁSÁNAK REGISZTRÁLÁSA PSYCHOLÓGIAI
VIZSGÁLATOKKAL

/LYMPHOGEN ENCEPHALOPATHIÁS BETEGEK ESETÉBEN/

Bölcsészdoktori értekezés

Készítette:

W a g n e r Á d á m



JÓZSEF ATTILA TUDOMÁNYEGYETEM
Pedagógiai-Pszichológiai
Szakcsoport Könyvtára

Szeged

1969.

"A személyiség szellemi életének szélessége nyilvánvalóan a legszorosabb kapcsolatban áll szellemi szintjével"... természetesen a magasabb fokon álló egyén érdeklődési köre gazdagabb, szélesebb skálájú, ami eleve biztosítja szellemi élete tartalmának színességét, gazdagságát, tartalmasságát, mélységét. Ugyanakkor az is természetes, hogy mentálisan alacsonyabb fokon, sivárabb nívón álló egyén szellemi élete korlátozottabb, érdeklődési köre beszűkültebb, tartalmatlanabb, elszürkülő. Az érdeklődés inaktivitása, vagy ellenkező esetben az érdeklődés gazdagsága, igényes színvonalu tartalma a személyiség egész felépítését, "psychikus arculatát színtelenné, egyoldaluvá, konfliktusossá, stb., illetve sokoldaluvá, tartalmassá, színessé, harmónikusá, konfliktusmentessé, stb. formálja" /RUBINSTEIN/.

T A R T A L O M

BEVEZETŐ

A klinikai pszichológus szerepének és helyzetének néhány vonása.....	1
A dolgozat probléma felvetése és vázlata...	4
Az intellektuális teljesítmény objektív megítélése.....	7

SZEMÉLYISÉG FELFOGÁSOK VÁZLATOS ÁTTEKINTÉSE

A személyiség korszerű értelmezésének néhány problémája.....	14
--	----

LYMPHOGEN ENCEPHALOPATHIA.....

1. Állatkísérletek.....	37
2. Emberi lymphogen encephalopathia.....	40
3. Az emberi lymphogen encephalopathia klinikai képe.....	40

Pszichológiai vizsgálatok alkalmazása lymphogen encephalopathiás betegek esetében.....	45
--	----

ALKALMAZOTT ELJÁRÁSOK, METHODUSOK.....

AZ ELVÉGZETT VIZSGÁLATOK TAPASZTALATAI.....

Az "Intelligencia-séma"-n lévő eljárások / Bourdon-, Összehasonlító-, Ziehen- stb. próbák/.....	80
10 próbából álló eljárás.....	81
Wechsler-próba.....	92
Benton-próba.....	101
Rorschach-próba.....	104
Rajzok.....	110
Lüscher-próba.....	111

ESETEK BEMUTATÁSA.....

ÖSSZEFOGLALÓ, KÖVETKEZTETÉSEK.....

Irodalom.....	194
---------------	-----

B E V E Z E T Ő

1. A klinikai pszichológus szerepének és helyzetének néhány vonása

Mind a mai napig teljesen kiforratlan a pszichológus helyzete a klinikai munkában. Ha a kérdést leegyszerűsítve elemezzük, akkor két nézet torzításától kell óvakodnunk.

Az egyik: az orvosi körökben még ma is gyakran megtalálható "kaszt-szerű" elzárkózás attól, hogy nem orvosi képzettségű személynek bármilyen köze, szerepe, érdemleges része lehet a klinikai diagnosztikában és terapiában.

E nézeteknek ilyen karikírozott formájával alig találkozunk, és ma már természetes, hogy a kémikusoknak, fizikusoknak, biológusoknak helye van az orvostudományon belül, sőt sokszor egy-egy részfeladat megoldása, ellátása terén néha nélkülözhetetlenné is válhatnak. Pl. speciális hormonmeghatározásokat végző vegyész kiesése a klinikai munkát érzékenyebben érinteti, mintha például az osztályvezető orvos betegszik meg.

Amennyire aránylag könnyen fogadta el az orvostársadalom azt, hogy a pszichiatriai diagnosztikában a psychologus helyet kapjon, olyan nehezen fogadja el, hogy a psychologusnak általában minden klinikai szakon szerepe lehet, illetve szükséges.

A gyermekkorban felbukkanó és számtalan rétű pedagógiai, családi, sexualis, stb. problémákra elég csak utalni. De ezeken kívül a legkülönbözőbb krónikus betegek psychés állapotának megítélése és a problémák megoldásában való segítése, a szülészet, a műtétekre való előkészítés, stb. mind olyan területek, amelyek mindennap szinte kínálják és felvetik a megoldatlan lélektani problémák egész sorát.

A másik nézet szélsősége, tulzása, amelybe a psychologusok esnek adott esetekben. Abból kiindulva, hogy speciális vizsgálataik sokoldalúak és sokrétűek, alapos elemzésükből mélyenható következtetéseket is levonhatnak. Ilyenkor sokszor megfeledkeznek arról, hogy a legkülönbözőbb /és nem csak pszichiatriai/ megbetegedések diagnosisa, lefolyása, a prognosis megállapítása csak az összes körülmények dialektikus összefüggéseinek ismereteiben történhet. Ezt pedig - betegségről lévén szó - az orvosnak kell megítélnie.

Természetesen ennek történeti és sok más összefüggése is van, amelyeknek taglalása, összehasonlítása

olyan államokkal, ahol pl. a psychoanalysis rendkívüli befolyása révén polgárjogot nyert a psychotherapeuta is, jelenleg nem feladatomban. Egyébként sem lehet ez bizonyítéka, sőt bizonyos értelemben talán kompromittálja is a psychologus szerepét,

Ha a fenti két torzítást elkerüljük, akkor körvonalazhatjuk a psychologus helyét és szerepét a klinikai munkában. Ez sablonosan két részre bontható:

a/ diagnosztikus,

b/ therapiás közreműködés.

a/ Diagnosztikus közreműködés

1. A diagnosztikus közreműködés általában a beteg vizsgálatában való részvétel /intelligencia-vizsgálatok, személyiségvizsgálatok, a magatartás megfigyelése, stb/, és

2. a kórlefolyás során végzett összehasonlító-vizsgálatok, amelyek a legkülönbözőbb therapiái beavatkozások kedvező vagy nem kielégítő hatását segítenek objektíven megítélni /pl. a depressziós betegek hangulati állapotának javulása különböző gyógyszeres kezelések hatására/.

b/ Therapiás közreműködés

A therápia, amelyben különösen a rehabilitációban, a családi és társadalmi konfliktusok megoldásában,

a problémák megbeszélésében, a munka-therapia szervezésében, irányításában, szuggesztív kezelésekben egészítheti ki a psychologus értékesen az orvos munkáját.

Értelemszerűen a psychologus mindezen funkciójának ellátása nemcsak a szorosan vett gyógyító-, betegellátó munkája során kaphat jelentőséget, hanem a klinika tudományos munkájában is.

A dolgozat problémafelvetése és vázlata

Jelen dolgozatomban többek között szeretném bemutatni, hogy a jelenlegi körülményeink között milyen szerepet láthat el, vagy vállalhat el a klinikai psychologus. Egy konkrét probléma vizsgálatán keresztül kívánom ezt bemutatni, amikor végső fokon az orvostudomány különböző területeire tartozó komplex betegségről van szó.

Az utóbbi évtizedek folyamán RUSZNYÁK, illetve RUSZNYÁK, FÖLDI és SZABÓ a nyirokkeringéssel kapcsolatos kutatásainak folytatásaként FÖLDI és munkatársai állatkísérletes vizsgálataikban a psychés tevékenység károsodását észlelték, és ennek nyomán indokoltak látták az emberi lymphogen encephalopathia kórképének felállítását.

A betegség diagnosztizálásához, majd a prognosis és a therapia objektív értékeléséhez vizsgálóeljárások

demonstrálása vált szükségessé.

Egy olyan betegség tipikus esetéről van szó, amelyet eddig nem ismertek, diagnosztizálni nem tudtak, tehát természetesen gyógyítani sem.

Előfordulásának gyakorisága, a betegség időben való felismerése, és ennek következtében gyógyítása nem érdektelen az egyén, a beteg ember sorsát illetően.

E probléma elé kerülve, a psychologus feladatából ered az a követelmény, hogy felfedje a betegség következtében beállott psychés funkciók zavarait, a romlást, a sérülések minőségét, azok mélyreható változásait, amelyeknek regisztrálásával segítséget nyújt a kórképpel kapcsolatos mentális, illetve személyiséget érintő kedvezőtlen változásokat feltárni, azaz a betegség folyamán a romlást vagy beállott javulást figyelemmel kísérrni. Mód adódott egy és ugyanazt a beteget többször is megfigyelfni, a változásokat - sokszor rövid időrr belül is - ellenőrizni, amelynek éppen az az értéke, hogy a személyiség megismerésében mind biztosabb támpontokat nyújt.

Mindezek a problémák tették indokolttá, hogy a betegség problémakörével kapcsolatos vizsgálatokat exponáljam.

a/ A vizsgálatok során az alábbi gondolatmenetet követtem:

a/1. Az állatkísérletek során észlelt psychés megnyilvánulásokkal kapcsolatos funkcióromlások rövid elemzése.

a/2. Az emberi lymphogen encephalopathia esetében előálló psychés romlások regisztrálása.

a/3. A therapiás kezelés folyamán előállott javulás, illetve a therapia megszakításával járó visszaesés figyelemmel kísérése, reprezentálása.

b/ Alkalmazott módszerek leírása:

b/1. Intelligenciát, illetve a teljesítményt vizsgáló, mérő eljárások /verbális és averbális szinten egyaránt/.

b/2. Személyiségvizsgáló eljárások.

b/3. Mélyreható explorációk.

c/ Összefoglaló következtetések.

Az intellektuális teljesítmény objektív
megítélése

Évezredek óta él a vágy, szinte "ősi törekvés" az emberekben, hogy önmagukat megismerjék, hogy - "tárgyilagos véleményt halljanak önmagukról, legtöbbször természetesen, hogy saját elképzeléseiket igazolva lássák" - /KARDOS 1964/. Természetes, hogy e törekvésekkel egyidős mások megismerésének vágya is. Évezredek próbálkozásai, nékilendülések, majd ezeket követő csalódások sem voltak elegendőek ahhoz, hogy az ember feladja a harcot önmagának; mások, általában a psyche, a lelkijelenségek bonyolult szövevényébe vezető útjának fűrkészésében, azok törvényszerűségeinek feltárását illetően. Ujabb és újabb próbálkozások ütötték fel fejüket a lelki jelenségek, az ember megismerésére.

Számos utkeresés ellenére, csak a XVIII. századtól számítjuk a lélektan diagnosztikus eljárásainak meghonosodását. E határátkelő DESCARTES nevéhez fűződik, aki a pszichológiában megteremti a mechanisztikus naturalista irányzat alapjait. Majd LEIBNITZ, WUNDT és kortársain keresztül a pszichológia egyre feljebb szárnyal. Megteremtődik a kísérleti módszer a pszichológiában, amelynek meghonosodása kétségtelen fontos szakaszt

nyitott meg a pszichológiai tudomány fejlődésében. A kísérleti kutatással létrejött a psycho-fiziológiai vagy fiziológiai psychologia. Ezzel egyidőben sorra születnek a psychotechnikai eljárások, majd a BINET-SIMON-féle intelligencia-vizsgálat elterjedésével a teszt-eljárások gombamódra szaporodnak.

Napjainkban a psychodiagnostikai eljárások, tesztek annyira elburjánoztak, hogy ma már a legtájékozottabb szakember sem ismerheti valamennyit mélyrehatóan, illetve a gyakorlatban sem használhatja mindannyiukat. Ugyanis ki tagadhatná, hogy valamely teszt használata, alkalmazása egyrészt annak alapos ismeretét feltételezi /semmiképpen sem elég azokról csak olvasni, hogy használhatóságukról vagy alkalmatlanságukról érdemben nyilatkozhattunk!/, másrészt nagy rutin szükséges minden egyes teszt helyes és optimális használásához, azok reális értékeléséhez! E kérdésben helyeselhető KOZÉKI közelmúltban megjelent közleményében kifejtett véleménye: "Hogy a tesztek felelőtlen ismeretgetése milyen káros lehet, azt nem is kell bizonygatni. A hozzá nem értő szinte bizonyosan rosszul alkalmazza és még rosszabbul elemzi a tesztet, s így végül nemcsak bizalmatlan lesz vele szemben, hanem aztán a legtöbb tesztvizsgálatot vagy kísérletet már szakember sem ismételheti meg az illetővel reális eredményreményében."

Ki ne ismerné el, hogy a legjobb és legelfogadhatóbb módszerek is éppugy, mint pl. a laboratóriumi eredmények, tévedések alapjai lehetnek, ha azokat rosszul használjuk, értelmezzük, vagy ha azokat önmagukban, abszolút értékűnek tartjuk.

Napjainkban mindinkább találkozunk mérsékelt légvételi tanulmányokkal, amelyekben a tesztek használhatóságát kiemelik. A tesztek hibái, tévedései és korlátai mind elméleti, mind gyakorlati vonatkozásban beigazolódtak. De bebizonyosodott az is, hogy a tesztek nemcsak hasznos, hanem nagyon sok esetben nélkülözhetetlen segédeszközök!

Nem célozom részletesen ismertetni a tesztekéről szóló kétirányú tulzásokat. Sem azt a tábor, amely a tesztek alkalmazásában túloznak, elfogultak, de nem foglalkozhatom azokkal sem, akik a psychotestek alkalmazását "értelmetlen, üres, felesleges" módszereknek nevezik, illetve tartják.

Ismerve az egyes tesztekben rejlő hibákat, valamint ezen túlmenően a vizsgálat folyamán elkövethető hibalehetőségeket, nem beszélve azok értékeléséből adódható téves értelmezési lehetőségekről, valóban jogosan tehetjük fel LÉNÁRD-dal a kérdést; szükség van-e ezekre a vizsgálatokra, vagy közelebbről, pl. az intelligencia-vizsgálatokra? Érdemes-e az elvégzett vizsgálat

után az intelligencia hányadosát kiszámítani, helyes-e arról beszélni, hogy mennyi az illető IQ-ja, van-e értelme az index-számot alkalmazni, azaz feltüntetni.

Szaklapok közleményeiben számtalanszor találkozunk az IQ feltüntetésével, hangsúlyozásával. Ha ezt az IQ-t abszolút értékűnek tartjuk, ha a vizsgálatot nem követi alapos elemzés, széleskörűen nem támasztjuk alá a kapott számszerű eredményt, semmiképpen sem tartjuk az index-számot reálisnak; messzemenő következtetéseket nem vonhatunk le a vizsgált egyén személyével kapcsolatban. Egyik vagy másik ember intelligenciáját egy-egy pontszámmal kifejezni, bevallhatjuk, értelmetlen dologgá válhat öncéluság esetében. Pl. mennyivel ér kevesebbet egy személy, illetve mennyiben szegényebb mentálisan valaki, akinek az IQ-ja pl. nem 97, hanem csak 96 vagy 95, vagy akár csak 85, ha nem nézzük meg, ha nem elemezzünk számos körülményt, tényezőt, mint pl. először találkozott-e életében e feladatokkal, először élt át hasonló vizsgálati szituációt, milyen következménye lehet számára az elvégzett vizsgálatnak, illetve a róla alkotott vélemény esetleg sorsdöntő-e, milyen az iskolai végzettsége, életkörülményei, mikor került sor a vizsgálatra, a reggeli órákban vagy délután; mennyire volt fáradt, izgatott, stb., stb. Milyen volt egészségi állapota, vagyis mit ér az index-szám

egymagában, ha nem fedjük fel annak esetleges hátterét? Valóban semmit.

Mégis elvethetjük-e kategorikusan, teljesen feleslegesnek mondhatjuk-e, értelmetlennek tarthatjuk-e adott esetekben az IQ kiszámítását? Semmiképpen nem tehetjük ezt. Egyértelműen nem vethetjük el. Ugyanis adódhatnak olyan természetű vizsgálatok, amikor egyének teljesítményét regisztráljuk, amikor különböző csoportokat hasonlítunk össze teljesítményük alapján. Pl. valamely gyógyszer aktiváló hatását "mérjük", betegségrcsoportra vonatkozó jellemző adatokat, jelenségeket kutatjuk. A fennálló hibaszázalékok ellenére kategorizálhatjuk ilyen esetekben a vizsgáltakat IQ-juk alapján is. Ez azonban csak nagyvonalu statisztikai eloszlást demonstrálhat. Egy-egy személyre, egyénileg, semmiféle jelentősége nem lehet komplex mérlegelés kibővítése nélkül. Semmiféle távolabbi következtetésre nem alkalmas. Valóban helyes LÉNÁRD /1959/ megállapítása, hogy a vizsgálati módszerek kiválasztásában mindig a konkrét helyzet, a feladat, a cél dönti el annak helyességét, alkalmasságát. Semmiképpen "nem lehet a tesztek teljes egészében elvetni. Ez rendkívül dogmatikus álláspont lenne" /KELEMEN 1959/.

A tesztek megítélésének másik aspektusa a módszerek kérdése. Mindaddig, amig esetleg egyes kérdések,

problémák feltárására megfelelőbb methodusokat nélkülözni vagyunk kénytelenek, a meglévőket, köztük a külföldről átvetteket kell sokszor használnunk, de az természetes, hogy nem alkalmazhatjuk azokat mechanikusan, sem általánosan, sem az egyéni vizsgálatok esetében. Idé vág SZMIRNOV találó irónikus megjegyzése /a Szovjetunió Pszichológiai Társaságának III. Összszövetségi Kongresszusa, 1968/, amikor a tesztek hazai viszonyokra való átalakításában kifogásolja, hogy nem egyszer csak az történik, hogy John helyén Iván szerepel.

Át kell alakítanunk a befogadott teszteket hazai viszonyoknak megfelelően, hogy tükrözhesse az egyént abban a kulturkörnyezetben, amelyben tevékenykedik,él, hogy valóban reális képet nyújtson a vizsgálat,az egyén környezetének keresztmetszetét is figyelembe véve.

Szükséges a tesztek standardizálása, de emellett - amint azt KELEMEN /1959/ is hangsúlyozza - a teszteknek nemcsak a magyar változatát kell elkészíteni, hanem azok tudományos elemzését, elméleti bírálatát is el kell végeznünk.

Végül nem szabad megfeledkeznünk arról a körülményről sem, amit PIAGE, ANANYEV is hangsúlyoztak /a Szovjetunió Pszichológiai Társaságának III. Össz-

szövetségi Kongresszusa, 1968/, hogy az ember csak komplex módon tanulmányozható. Ebből következik, hogy a pszichológiai diagnosztikus eljárásokban is komplex eljárásokat kell alkalmaznunk.

Jelentős e kérdéssel kapcsolatban LURIIA véleménye, aki hangsúlyozza, hogy a különböző komplexitású lelkipróbák tisztázása elsőrendű feladat. Szerinte ezeket felhalmozott megfigyelésekkel - beleértve a pszichológiai tesztek eredményeit is-- faktoranalitikus feldolgozással megállapíthatjuk.

Ezekkel az eljárásokkal végül is az egész emberről, annak személyiségéről egy kaleidoszkópikus képet nyerünk, amit számos szempont figyelembe vételével értékelünk.

4.

SZEMÉLYISÉG-FELFOGÁSOK VÁZLATOS ÁTTEKINTÉSE

A személyiség korszerű értelmezésének néhány
problémája

Ha a személyiséget vizsgáljuk, nem feledkezhetünk meg azokról a társadalmi viszonyokról, amelyben a kérdéses személyiség tevékenységével megnyilvánul. Ma már köztudott, hogy a társadalom és a személyiség között kölcsönös egymásrahatás érvényesül. A társadalom a személyiségnek a legdöntőbb formálója, meghatározója, ugyanakkor a társadalom az egyének szerves egysége, amelynek arculatát az emberi viszonyok összessége tükrözi. "A társadalom az emberek kölcsönös tevékenységének terméke" /MARX-ENGELS Válogatott Művei, II. 440, 1./.

"Minél mélyebben visszamegyünk a történelembe, annál inkább jelenik meg az egyén, ennél fogva a termelő egyén is, önállótlanak, egy nagyobb egészhez tartozónak"

/MARX: Bevezetés a politikai gazdaságtan bírálatához. M.E.M. 13. kötet, Budapest 1965, 152. oldal/.

Az ókori társadalomban a személy és a társadalom kölcsönös viszonya különféleképpen nyilvánul meg, különféle értelmezést kap a társadalmi fejlődés egyes szakaszaiban. A kutatók rámutatnak, hogy a homéroszi

eposzok emberábrázolásában a közös vonások előtérbe kerültek az egyéniéssel szemben. A későbbiekben a személyiség struktúrája fokozatosan bonyolultabbá válik, és mind nagyobb függetlenséget biztosít az egyén számára. A görög filozófusok mind részletesebben írnak olyan érzelmekről, mint az irigység, becsvágy, stb., márpedig ezek nem igen érvényesülhetnek ott, ahol az egyén a társadalom függvénye. Ismert Szokratesz felhívása: "Ismerd meg önmagad!" Már ez is jelzi az egyéniség kialakulásának lehetőségét, illetve a személyiség és a társadalom szilárd összetartozás-elméletének meglazulását. A személyiség és a társadalom fokozatosan, mindinkább elkülönül, és előtérbe kerül a személyiség individualista jellege.

Amíg az ókori világban a társadalom alapja a "kényszermunka" volt, addig a középkor bázisát az "előjog" adja. A hűbériség idején az egyén személyes tulajdonságait a szociális származás határozza meg. Az egyén nem léphet ki a maga társadalmi rétegéből, a saját csoportjának szerves részévé válik. Ezt a rétegződést a keresztény felfogás is szentesíti. Aki nem nyugszik bele társadalmi helyzetébe, az a társadalom pilléreit gyengíti, szembekerült az előjogok élvezőivel. Mivel pedig a történelem fejlődésével összefüggően a társadalmi tudat szükségszerűen változott, és ez a változás, fejlőd-

dés tükröződött az egyes személyiség tudatában is. A fejlettebb személyiség már nem tudott beleilleszkedni a számára elavult társadalmi rendszerbe, s az adott helyzetnek megfelelően, önérvényesülését követelte. Fokozatosan kialakult a személyiség individualista alakja.

A tőkés társadalomban, a kapitalizmusban lényeges változás állott elő a személyiség helyzetében. Az egyén céllá válik, a társadalom fejlődésének eszköze lesz. A kapitalizmus melegágya a polgári filozófiai elméleteknek, a polgári psychologia különféle áramlatainak kialakulását teszi lehetővé. A polgári filozófia és psychologia társadalmuk uralkodó osztályának érdekeit kiszolgálja, ami természetszerűleg szorosan összefonódik, és a személyiségről vallott idealista nézetekre hat. Rövid történelmi időszak alatt újabb és újabb fordulatok következnek. A nagy racionalisták /DESCARTES, SPINOZA/ és a nagy empiristák /BACON, HOBBS/ szakítanak a tradíciókkal, és a modern tudomány megteremtőivé válnak. Az empirikus psychológia tovább fejlesztője LOCKE, aki a külső világ megismerésében az érzékelés mellett egy u.n. "belső érzés"-t is hirdet. LOCKE tanát DIDEROT és HELVETIUS elveti. Angliában HUME és HARTLEY az asszociációs irányzat megalapítói. HARTLEY elmélete materialista, HUME-nál viszont az asszociációs psycho-

logia fenomenalisztikus alapu. Mindkét irányzatot a mechanizmus jellemzi.

A XVIII. századnak nem sikerült megoldania az ellentéteket, amelyek a történelmet kezdettől fogva foglalkoztatták; a szükségszerűség és szabadság ellentétét. Ahhoz, hogy a psychologia a különféle nézetekből valóban tudománnyá váljék, a spekulatív utról a tapasztalás útjára kellett térnie. Ennek alapját a természet-tudományok rohamos fejlődése teremtette meg. A psychikus és a fiziológiai jelenségek összefüggésének vizsgálata a kutatási módszerek megteremtését lehetővé tette. Különös jelentőségük BELLÉRE, HELMHOLZ, WEBER, HERING, majd WUNDT vizsgálatait, akik a fiziológiai psychologia uttörői voltak. WUNDT és követői korában a kísérleti módszer tetőpontját éri el. Ezt a szakaszt a psychologia fénykorának tarthatjuk. Utána hanyatlás állott elő, sajnos véget nem érő folyamatként különböző polgári elméletek, irányzatok burjánzottak. Pl. a strukturális formalizmus /Gestaltpsychologie/, a behaviorizmus /viselkedéslélektan/ Amerikában, a reflexológia Oroszországban, a "mélylélektan" /FREUD és követői/, stb. A psychológiában elhatalmasodott a miszticizmus, az irracionálizmus.

Ebben a korszakban /I. világháboru előtti és az azt követő években/ újra és újra értelmeződik a személyiség.

A személyiséggel foglalkozó tanokban, hol a titokzatosság az uralkodó, hogy a természettudományos szemlélet érvényesül. Eredményei a lélektanban is érvényesítették a tudományos igényességet, és a vizsgálatok újabb tapasztalatai a személyiség fogalmát megtisztították a különféle tudománytalan ködtől, misztikumtól.

A személyiségekről alkotott különböző vélemények, meghatározások közül néhányat megemlítek a teljességre való törekvés, rangsorolásuk nélkül. Ezzel is szeretném demonstrálni a személyiség szerkezetének komplex, de ennek ellenére szisztematikus voltát.

Több kutató az egyedek közös tulajdonságait kiemelte; ennek megfelelően a személyiség bizonyos részeit, működéseit a centrumba állították, köztük valamilyen kölcsönös összefüggést véltek felismerni, ami általában egyik tényező dominanciáján alapszik. Így alakultak ki a különböző tipológiák. A somatikus kapcsolatok összefüggésének hirdetése több évezredes. Pl. a legismertebb tipológia Hyppokrates görög bölcselőé, az orvostudományok atyjáé. Ugy vélte, hogy az emberi szervezet négy nedvből áll: a vérből /sanguis/, a sárga epéből

/chole/, a fekete epéből /melaina chole/ és a nyálkából /phlegma/. Arra gondolt, hogy az emberekben e négy nedv összetételében valamelyikből több van. Ennek alapján az ember vérmérséklete, temperamentuma szerint a négy típus egyikébe tartozik: 1. szangvinikus, 2. kole-rikus, 3. melankolikus, és 4. flegmatikus.

A hyppokrateszi tipológia a testalkat, a vérmérséklet és a jellem összefüggésén alapszik. Legfőbb érdeme e tipustannak az élettani okokkal való érvelése és materialista jellegű magyarázata.

Egy másik tipológus: SIGAUD szerint a nagy szervrendszerek közül az egyik /emésztő, légző, cerebralis és muscularis/ szerv dominanciája jellemző a megfelelő típusban.

KRETSCHMER tipológiájában a habitust helyezte előtérbe és az alkatot összefüggésbe hozta. Vagyis egyes testalkatra meghatározott lelkialkatot és adott esetben elmebetegséget tartott jellemzőnek. Szerinte az elmebetegség az egészséges lelkiélet torzulása, "kicsucsosodása", vagyis az elmebeteg és egészséges, a kóros és a normális között csak fokozati különbség van.

Noha KRETSCHMER tanaiban az élettani funkciók alárendelt szerepet kapnak, és a társadalom jellem-alkító szerepét jelentéktelennek tartotta, helyesen

mutatott rá, hogy az öröklésnek is számottevő hatása van. KRETSCHMER tanainak jelentősége abban rejlik, hogy helyes tapasztalati maggal rendelkező, nagy horderejű összefüggésre irányította a kutatók figyelmét egyes vitatható következtetései ellenére.

SHELDON a három csiralemez /entoderma, mesoderma, ektoderma/ fejlődésének módozatai, illetve a belőlük kifejlődő szervrendszerek egyikének "uralomra jutása"-ból állította fel típusait: endomorfikus /zsigerek fejlettsége/, mesomorfikus /csontrendszer, izmok, mellkasi táj/, ektomorfikus /akiknél az idegrendszer, az érzékszervek fejlettsége jellemző/. A morfológiai típusok meghatározása után azt vizsgálta, hogy milyen korreláció van a morfológiai és vérmérsékleti típusok között.

Hasonlóképpen tapasztalataira alapozta tipológiáját JUNG is. Az egyének a külvilághoz, illetve saját belső világukhoz való viszonyából indult ki /extrovertált-, introvertált típus/. Ő is mellőzi a társadalom alakító szerepét, de vitatható koncepciójában, tipológiájában az a törekvés is, hogy az egyéneket a "beállítottság" alapján - mint psychés tényezővel - osztályozza.

FREUD és követőinek psychoanalitikus iskolájának, a psychoanalysis-tan lényege a "tudattalan" szerepének tulértékelése. FREUD szavakban elismeri, az agyat a "szellemi élet szervének", de ugyanakkor azt tartja, hogy a

szellem nem "anyagi lényeg". Az ember tevékenységét, megnyilatkozásait olyan jelenségek határozzák meg, mint az élmok, vágyak, emlékek, célok és szándékok. Alapkoncepciója: az emberi psychikumban a tudattalan elsődlegessége, és a kényszeres tudattalan motiváció. Ennek működő mechanizmusait a primitív embertől biológiai-lag örökölt ösztönerőktől származtatja. Az ösztön autonóm erő, amely a személyiségnek a környező világhoz való viszonyán kívül áll. Az ösztönök kielésének megakadályozása folytán a személyiség ezeket kényszeresen elfojtja. Az elfojtott ösztönök a "tudatalatti" szférába kerülnek, vagy esetleg "szublimált"/amikor a "káros ösztön" meg-nemesedve magasabbrendű célok felé irányul/ formában "kielégülnek".

Bár a psychoanalitikus felfogás idegen a marxista pszichológiától, a szovjet pszichológusok a freudi koncepció értékének tartják, hogy a figyelmet a tudattalan problémáját reflektorfénybe állította. Maga KRUPSZKAJA /1932/ is figyelemre méltónak tartotta: "... nagyon lényeges a tudat alatti impulzusok és a tudatos közötti összefüggés feltárása... egyes gondolatait materialista szemszögből át lehetne dolgozni. Az ember tudat alatti impulzusainak a tudatosra történő vonatkoztatása nagyon lényeges pedagógiai szempontból." /RIESZ Béla kiemelése/

A kísérleti módszerekkel foglalkozó kutatók között pl. az a nézet alakult ki, hogy a beteg, azaz kóros

személyiségek esetében adódó vonásokat az egészséges személyiség állapotával magyarázzák. Ugyanakkor vallják, hogy a beteg személyiség és az egészséges között folyamatos átmenet széles skáláját észlelhetjük. Természetes ezen osztályozási séma alapján az is, hogy a beteg személyiségre a KRAEPELIN-osztályok vonatkoznak anélkül, hogy azok az egészséges személyekre is vonatkoznának.

"Az elmebetegnek nem kell okvetlen az egészséges extrém variánsának lenni. Vannak olyan pathológiai vonások, amelyek minimális fokát, jelzését sem találjuk meg az egészségeseknél, vagyis ebben az esetben "állítható a diszkontinuitás /a folytonosság hiánya/ a normál és beteg személyek között." Másrészt az is igaz, hogy számos psychés megnyilvánulás, jelenségnek árnyalati fokozatát fellelhetjük mind az egészséges, mind a beteg személyeknél. Ezeken keresztül jutunk el, illetve közelítjük meg ALLPORT /1949/ személyiség-meghatározását:

"A személyiség azoknak a psychofizikai rendszereknek /szokásoknak, sajátos és általános magatartásoknak, érzelmeknek/ és másfajta diszpozícióknak az egyénen belüli dinamikus organizációja, amely rendszerek meghatározzák egyedülálló alkalmazkodását a környezethez."

Ez a meghatározás egyáltalán nem teljes. Nélkülözi a megfogalmazás a személyiség egyik lényeges tulajdonságát, a személyiség állandóan alakuló jellegét, és így

annak szociális, társadalmi vetületét sem tükrözi.

MURPHY személyiségmeghatározásába a társadalmi kapcsolatok mellett, a pszichikus működések és a biológiai-somatikus rendszer is beletartozik.

Részben helyes és tárgyilagos CATTEL fogalmazása: "A személyiség az, ami lehetővé teszi annak előre jóslását, hogy egy egyén adott helyzetben mit fog tenni."

Az eddig említett személyiségelméletekből látható, milyen hosszú ideje próbálkoznak a pszichikum meghatározásával, és milyen sokféleképpen igyekeznek a pszichés jelenségeket felfedni. Tudjuk, hogy a személyiség tanulmányozása sokrétű, bonyolult feladat. A pszichológia alapos ismerete mellett, a pszichés funkciók mélyreható analizálása, szintetizálása, a törvényszerűségek észre-
vevése, azok ismerete szükséges, hiszen "a személyiség sokoldalú, felszine és mélysége van" /KOVALJOV 1963/. Ugyancsak KOVALJOV mutat rá - ismételten - arra az igazságra, hogy a személyiség tulajdonságai a valóság viszsza-
tüköröződései, a nevelésnek és az oktatásnak, általában az összes társadalmi ráhatásoknak a folyamatában formálódnak, alakulnak. Éppen ezért ezeknek a folyamatoknak tanulmányozása "analitikus-szintetikus megközelítést kíván".

Nagy érdeme PAVLOV-nak, hogy felfedte, hogyan hozza létre az agy a pszichikumot, és hogyan válik a tu-

dat az objektív valóság visszatükrözésévé. Kutatásai, tanai nagymértékben hozzájárultak az öröklés, valamint a külvilág és az egyén kölcsönös összefüggéseinek, valamint az idegrendszeri alkat és a jellem alakíthatóságának tisztázásához. Szerinte az idegrendszer az az alapvető tényező, amely meghatározza a szervezet egyéni jellegzetességeit. Lényeges az a megállapítása, hogy a személyiség magasabbrendű idegműködés, mint veleszületett sajátosságain kívül magán hordozza a környezet, a nevelés hatásait is. Vagyis tisztázta, hogy egy önmagában egyensúlyos rendszer miképpen függhet össze ugyanakkor külső környezetével. "Végső soron minden pszichikus jelenséget külső hatás idéz elő, de akármilyen külső hatás csupán közvetített módon e hatásoknak kitett személyiség tulajdonságain, állapotain és pszichikus tevékenységén mint valamilyen prizmán keresztül tükröződve, határozza meg a pszichikus jelenséget"/RUBINSTEIN 1962/.

A szovjet pszichológusok a személyiség kérdését nem azonos aspektusból vizsgálják, személyiségről alkotott felfogásuk sem teljesen egyértelmű egyes kérdésekben, viszont azonos a nézetük a funkcionális kérdésben. Egységesen elítélik a pszichikus folyamatoknak, állapotoknak, tulajdonságoknak elszigetelt vizsgálatát, a személyiségtől, a környezettől. A környezet lényeges szerepére céloz PAVLOV is, amikor azt hangsúlyozza, hogy bármely

rendszer csak akkor maradhat fenn tartósan, ha alkotó-elemei egyensúlyban vannak. Az élő szervezetek környezetükkel is egységet alkotnak. A környezet állandó alakulása szükségessé teszi a szervezet folyamatos egyensúlyozását, melyet a feltételes reflexek végeznek. Állandó kapcsolat van egyrészt a belső somatikus rendszer, valamint a szervezet és a külvilág közötti egyensúly fenntartását szolgáló rendszerek között.

Paradox tény, hogy míg mindezeknek a somatikus funkciók koordinálása, irányítása a központi idegrendszer feladata, ugyanakkor a központi idegrendszer a szervezet azon része, amely a legérzékenyebb minden külső, de úgy is fogalmazható, hogy akár szervezeten belüli, de rajta /t.i. az idegrendszeren/ kívül eső károsító behatás iránt.

LEONTYEV helyesen mutat rá a megfelelő környezet jelentőségére, hiszen a környezetében, sajátítja el az emberiség társadalmi-történelmi fejlődése során elért eredményeket. Csak ennek során reprodukálja azokat a képességeket, amelyeket a homo sapiens faja megszerzett, az elsajátítás teszi lehetővé, hogy a gyermek psychikuma "emberiesüljön".

PIERON ezt úgy jellemezte: "A gyermek születése pillanatában csupán emberjelölt, de elszigetelten nem válhat emberré: meg kell tanulnia embernek lenni az emberekkel való érintkezésben."

SZARKISZOV /1968/ a szervezet és a külvilág kapcsolatairól a következőket állapítja meg: "A központi idegrendszer biológiai sajátossága a szervezet funkcióinak kölcsönös és egymástól függő szabályozása, a külvilág hatásaival való koordinálása az adott körülmények között. A központi idegrendszernek ez a koordináló működése rendkívül sokoldalú. A központi idegrendszer koordinálja a vérkeringés, a nyirokkeringés, az anyagcsere /természetesen a belső elválasztás - egyéni megjegyzésem/ folyamatait, biokémiai folyamatokat, stb., a szervezetnek ezek a folyamatai pedig visszahatnak a központi idegrendszer működésére. Ismeretes, hogy az idegrendszer morfológiai és funkcionális állapota függ a szervezet vér- és nyirokkeringésétől, a belső szekréciótól, a vér gáztelítettségétől, és így tovább. Ezek a tényezők hatnak az idegműködés fiziológiai megnyilvánulásaira, és megváltoztatják az idegrendszer reakcióit a szervezetet érő különböző behatásokkal szemben.

Ismeretesek a legkülönbözőbb megfigyelések azzal kapcsolatban, hogy testi betegségek, táplálkozási elégtelenség, meteorológiai tényezők, a földrajzi környezet változása, izgalom, fáradtság, belső feszültség, stb., stb., tehát a legkülönbözőbb környezeti- és belső testi tényezők átmenetileg mennyire ronthatják a különböző mentális működéseket. Különösen a figyelem, a megjegyző- és

reproduktív emlékezőképesség, az adaptációs képesség új szituációkhoz szenvedhet átmeneti károsodást. Ugyanígy a magatartás, viselkedés, tehát tágabb értelemben a személyiség is. Így pl. a mérlegelés, az ítéletalkotás, lényegmegragadás szenvedhet, nivellálódhat átmenetileg ilyen behatásokra.

A fertőzőbetegség utáni lábadozás, a rossz levegőn való tartózkodás, a hosszú értekezleteken ülés, az éhség, stb. testi értelemben alig kimutatható elváltozásokat eredményez csupán, ugyanakkor a személyiségtől már idegennek látszó indulatkítőrésekre, elhamarkodott cselekedetekre vezethet, és ilyen állapotokban a legkülönbözőbb intelligenciavizsgálatok is lényegesen rosszabb eredményt mutatnak.

Igen találó RUBINSTEIN megállapítása: "A személyiség dinamikusabb lelkiállapotai még kevésbé választhatók el a folyamatoktól. Az ember lelkiállapota: tevékenységének közvetlenül dinamikus effektusa, s az a háttér, amelyen a folyamatok létrejönnek. Elsősorban ilyenek az affektív állapotok, amelyek a cselekvés sikerével vagy sikertelenségével függnek össze"/RUBINSTEIN 1962/.

A hazai kutatók közül a realitás utját követi NYIRŐ /1962/ is, aki a psychét a legmagasabban szervezett anyag funkciójaként határozta meg: "A légzés, szívműködés, stb. veleszületetten kialakult, az élet során minőségi válto-

zást nem mutató funkció, - a magasabb idegműködés azonban az élet során egyénenként különböző módon alakul ki, és az egyénre jellemző módon minőségileg változik."

Materialista szemléletről tanuskodik NYIRŐ /1962/ személyiségmeghatározása is: amelyben a már felsorolt különféle irányzatok, elméletek, teóriák hiányosságait igyekszik kiküszöbölni. Amíg a felsorolt definíciók az azonos jegyeket igyekeztek kiemelni, addig NYIRŐ /1962/ éppen azt emeli ki, hogy amint testileg sincs tökéletesen két egyforma ember, ugyanugy az egyének lelkiileg talán méginkább különböznek egymástól.

A személyiséget a következőképpen fogalmazza:
"Ha a lelki események teljes folyamatos egészét, tehát mind a megismerési, viszonyulási és alkalmazkodási folyamatait és módjait, mind a szigorubb értelemben vett somatikus és vegetatív működések összességét tekintjük az élet tartama alatt, akkor beszélünk személyiségről. A személyiség tehát csak hosszmetzetben tükröződik, valakiről véleményt mondani személyiségének értékét illetően csak az elmondottak ismeretében tudunk." És mennyire igazak a következő mondatok! "Teljes képet alkotni róla pedig csak egész életének áttekintése révén lehetséges. A személyiség tehát egy szintetikus fogalom, amely felöleli az emberi szervezet összes sajátosságát, mind a psychikumot, mind a somatikumot, az aktiv, cselekvő ember egészét, születésétől haláláig."

Általános a személyiség-definíciókban - különösen a modern szemléletűek esetében -, hogy a személyiséget dinamikus funkciórendszernek tartják. Mások időben történő tulajdonságát emelik ki jellemző vonásként. Jól tömöríti a lényeges kritériumokat BÖSZÖRMÉNYI /1967/: "Kétségtelen, hogy a személyiség is valóban állandóan alakul, mert az egyén adott időpontig terjedő élettörténete is a mindenkori keresztmetszeti, ugynevezett aktuális személyiségnek egyik alapját képezi."

A személy, az individuum megismeréséhez szükségünk van a személyiségvonásokra, azok tanulmányozására. A megfigyelés közben pl. a magatartást ragadjuk meg először. Annak módozatait, intenzitását rögzítjük. Így jutunk el például az óvatos, meggondolt, vagy meggondolatlan, lelkiismeretes, elővigyázatos, szivélyes, mogorva, stb. megjelölésekhez. Ezzel a meghatározással a cselekvést jellemezzük ugyan, de ha csak periférikusan is, már az egyént is! Természetes, hogy tovább kell mennünk, és a jelzőket a cselekvést elkövető, mégrehajtó egyénre kell vonatkoztatni, a cselekvés idejének és körülményeinek meghatározásával együtt. Nem mellőzhető a cselekvések, magatartások, a funkciók tartóssága, gyakorisága elemzése sem. "A magatartás jellemzőit tehát az ember tartós vonásai adják."

Figyelembe kell vennünk a magatartás lényeges elemét, a motivációt, az egyén képességeit, azok mértékét, a temperamentum sajátosságát, sőt egyes speciális megnyilvánulásokat is a személyiség teljes felkutatásában.

RASZPOPOV /1959/ szerint az ember viselkedése, a mindennapi életben eltérhet mind temperamentumától, mind pedig idegrendszerének tényleges típusától. Ezek az eltérések a magasabb idegműködés ideiglenes állapotától függenek." A viselkedés dinamikus jellege nagymértékben eltérő lehet attól függően, hogy az ideg folyamatok az agykéreg optimális ingerlékenységi szintjén lépnek fel, vagy gátló és excitációs fázisok vannak jelen. Emellett egyes esetekben a fázisos állapotok az idegrendszer típusát álcázhatják, más esetekben felfedhetik azt."

A személyiségképet a jellemző "személyiségvonások" összegyűjtésével állíthatjuk össze, amelyhez a legadequátabb módszer az, ha a vizsgált egyént komplex környezetében és fejlődésében ismerhetjük meg, és ezt kötjük össze a mérési technikát alkalmazó tesztmódszerrel.

A személyiség megismerése: a mindennapi gyakorlat keretei között az egységes személyiségkép kialakítására kell törekednünk. E cél elérésében segítenek

bennünket a klinikai vizsgálatok, az alkalmassági-, a képességvizsgálatok, a kóros- és kriminális személyiségek vizsgálata, és a személyiség fejlődésének vizsgálati területén alkalmazott eljárások. Értékes SZEGEDI /1967/ tömör fejtegetése: "A teszt-szituációkra adott reakciók úgy tekinthetők, mint specifikus aktusok, amelyek a személyiség legalsó szintjére épülnek. A primér lényegi vonás több ilyen teszt, több összegezett számeredményében manifesztálódik. Ezekből lehet azután a tipusnivóra következtetni úgy, hogy a mértékszámok kombinációit megállapítjuk, amelyek egy személy egymástól független primér személyiségvonásait tükrözik.

A régi szerzemények eltűnése elég gyakori jelenség. Több kutató pszichológus is felfigyelt erre. STERN, valamint PIAGET megközelítően hasonló magyarázatot adnak. Egy és ugyanaz az értelmi művelet különböző szinteken jelenik meg. Az átmenet az egyik szintről a következőre a lelki fejlődés folyamatában mindig ugyanabban a sorrendben történik. Az értelmi művelet végrehajtásának feltételei igen változó nehézségi fokozatokat jelenthetnek. Ha a nehézség növekszik, a funkciót végrehajtó egyén gyakran alacsonyabb szintre csuszik vissza. Így egy és ugyanaz az egyén, egy és ugyanabban az életkorban, egy és ugyanazt a műveletet esetleg különböző szinteken hajtja végre.

Ezzel kapcsolatban WALLON /1958/ a következőket mondja: "Előadódhat, hogy egy kóros tényező hatására valamelyik cselekvésréteg kicsuszik a rendező funkció ellenőrzése alól, és akadályozza a funkció működését."

Azonos gondolatot fejez ki NYIRŐ /1962/ is annak ellenére, ha intenzitásában mélyebb funkciózavarra céloz is ugyan: "Egészséges embernek is lehetnek fáradtság, kimerülés, megrázkódtatás következtében átmeneti, kivételes elmeállapotai." Amiből következik az is, hogy az organizmus funkcionálását biokémiai egyensúlyzavar is károsíthatja. Ő maga írja a Psychiatria című tankönyvében: "A lélek funkció, az élő anyag működése, életjelenség." Majd másutt: "Az élő egység a környezet állandó physicochemiai változása mellett, képes molekuláris organizáltságot a környezettel szemben fenntartani." Ebből természetesen adódik, hogy az organizmusban beállott zavar, hiányosság, annak funkcionálásában is zavart, dysfunkciót eredményezhet.

Hasonló gondolatot fejteget LEVENDEL és MEZEI /1965/ is. Szerintük a testet illetően a helyzet egyszerű /?! - saját megjegyzésem!/, mert az ismeretes működések /anyagcsere, helyváltoztatás, stb/ szervezett egységet képeznek. "A psychikumra vonatkozóan pedig nyilvánvaló, hogy egyik elsődleges feladata a test és környezet kapcsolatainak irányítása."

A személyiségről eddig felsorolt vélemények között hangsúlyozott a társadalom, a környezet, valamint a szervezet szerepe a psychikum fejlődésében. Igaz, hogy a fejlődést illetően, valamint a személyiség vizsgálatában privilégiumot élvez, vagyis elsődleges a társadalom-történeti megközelítés. Figyelembe kell vennünk viszont, hogy a psychikum fejlődése ugyanakkor a társadalmi tapasztalatok elsajátításával jár együtt, illetve annak eredménye is. "A psychikum fejlődése szoros kapcsolatban van a személyiség tulajdonságaival. A személyiség tulajdonságai mindig az ember életének és tevékenységének folyamatában alakulnak ki, és ebben a folyamatban is a külső okok mindig a belső feltételeken belül hatnak" /SZMIRNOV 1967/.

Ugyanakkor helytelen lenne, ha a személyiség vizsgálatakor megfeledkeznénk az öröklés jelentőségéről, ennek kedvező vagy kedvezőtlenebb hatásáról, a személy szükségleteiről és törekvéseiről, ezek egész rendszeréről, és nem utolsó sorban: az ember képességeiről. "Az ember oly sokféle sajátsága közül rendszerint azokat tekintik tulajdonképpen személyiségvonásoknak, amelyektől társadalmilag jelentős viselkedése vagy tevékenysége függ" /RUBINSTEIN 1967/. Majd: "Ezért a legnagyobb helyet köztünk az ember motivumainak és maga számára kitűzött feladatainak a rendszere kapja,

valamint jellemvonásai, amelyekből tettei /tehát másokhoz való viszonyát realizáló vagy kifejező cselekedetei/ következnek, végül képességei, tehát azok a sajátosságai, amelyek alkalmassá teszik a társadalmilag hasznos tevékenységre, annak történetileg kialakult formáiban" /RUBINSTEIN 1967/.

Képességeken a személyiségnek azokat a tulajdonságait értjük, amelyek biztosítják tevékenységeinek sikerét. "A képességek mindig a személy tevékenysége alapján fejlődnek ki. - A szovjet pszichologia a képességek minőségi különbségeit tartja szem előtt, és nem a mennyiségi különbségeket. A képességek és fejlesztési lehetőségeik tekintetében határozottan optimista álláspontot képvisel" /SZMIRNOV 1967/.

A személyiség fejlődésében, harmonikus kibontakozásában az öröklésnek, mint biológiai tényezőnek kétségkívül szerepe van, de az "öröklést" nem szűkíthetjük le csak biológiai sikkra, hanem a társadalmi fejlődés folyamán elérték öröklésére is gondolnunk kell." ... Elmondhatjuk, hogy az emberi gondolkozás nem érheti be a belső átörökléssel, hanem el kell jutnia szerzeményeinek külső, társadalmi öröklődés /a nyelv és nevelés/ útján való megőrzéséhez" /PIEAGET 1967/.

Mindezekből következik, hogy a személyiség vizsgálatában, annak megítélésében a dialektikus materialista

értelmezésének kell érvényesülnie, hogy a teljes kép reálisan elénk táruljon.

Gyermekeknél 5-6 órás tanítás, napközön való részvétel, különböző testi megterhelések, különböző konfliktusok ugyancsak a teljesítmény csökkenését eredményezhetik. DURÓ /1967/: "A tanulók sokoldalú megismerése elképzelhetetlen a gyermeket alakító környezeti feltételek elemzése nélkül." E tényeket igyekszik igazolni GERÉB /1962/ is a fáradtsággal kapcsolatos vizsgálataival. Szintén hangsúlyozza, hogy a fáradt egyén emlékezetében, figyelmében, gondolkodásában, a tudásában, sőt viselkedésében, hangulatában általában a személyiségében zavarok lépnek fel. Ezek különböző intenzitásuk lehetnek.

A fent említett anomáliák különböző módon, intelligencia- és teljesítményvizsgálatokkal, "személyiségvizsgálatokkal" objektíven mérhetőek, demonstrálhatóak, vagyis a nivócsökkenés, a psychés állapot szemléletesen tanulmányozható.

5.

LIMPHOGEN ENCEPHALOPATHIA

A Szegedi Orvostudományi Egyetem II.sz. Bel-
klinika igazgatója, Dr. FÖLDI Mihály, egyetemi tanár
- az egyetem több intézetével együttműködve - az
utóbbi kilenc év kísérleteinek eredményeként

l y m p h o g e n e n c e p h a l o p a t h i a
elnevezéssel egy új kórkép elméletét és terapiáját
dolgozta ki. E témával kapcsolatban időközben számos
közlemény jelent meg. A kutatások mind a diagnosztiki-
kus eljárások, mind pedig a terapiás módok terüle-
tén továbbra is folytatódnak.

Nyilvánvaló, hogy nem lehet feladatomban e helyen
az új kórkép részletes ismertetése, mégis szükséges-
nek tartom e koncepciót és magát a betegséget röviden
ismertetni.

A nyirok /lympa/ keringésének jelentősége ma
már közismert. A lymphogen encephalopathia a központi

idegrendszer megbetegedése, amely a nyaki nyirokáramlás elégtelensége következtében jön létre.

1. Állatkísérletek

FÖLDI és munkatársai éveken keresztül állatkísérletekben gyűjtötték az adatokat; experimentális lymphogen encephalopathiát produkáltak. Ezt az állatoknál az arteriák, vénák és idegek gondos megkimélésével, a nyaki nyirokerekeknek és nyirokcsomóknak a lekötésével sikerült elérni.

A műtét utáni napokban az állatok feje fokozatosan megduzzadt /1. kép/. Viselkedésük megváltozott, és ebben különösen az apathia volt szembeötlő. A műtét előtt kiépített feltételes reflexek kialudtak. Képtelenek voltak valami újat tanulni.

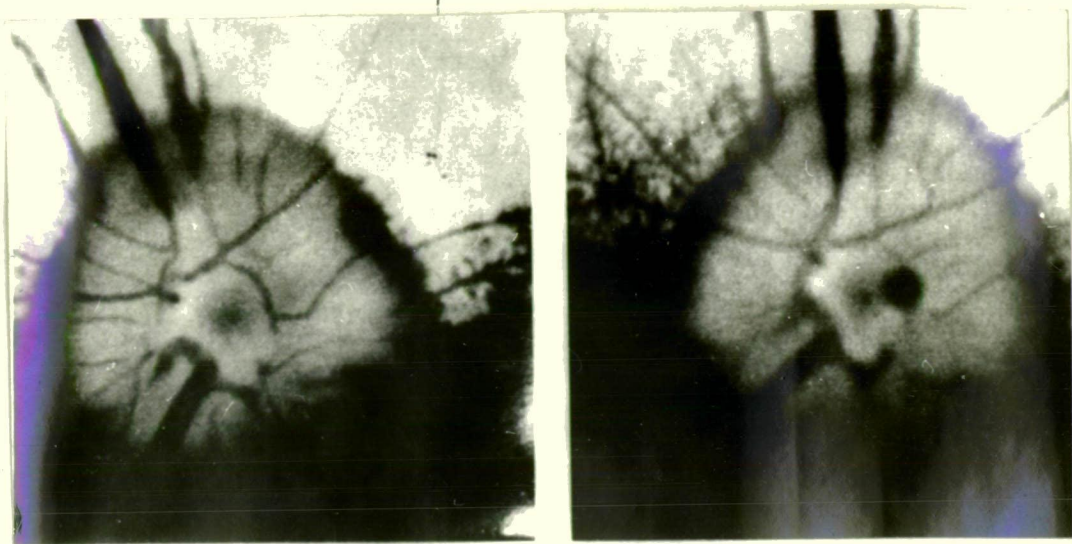
A szemfenéken /2. kép/ papillaris- és retinalis oedema fejlődött, a koponyaüri nyomás fokozódott. Fény- és elektronmikroszkópos vizsgálattal szövettanilag agyvizenyő mutatkozott /3. kép/.

Sikerült ezzel igazolni, hogy az eddigi felfogás - amely szerint az agy nedvkeringésében a nyirok-drainage-nek nincs szerepe - helytelen.

Az állatkísérleteknél tapasztaltak alapján FÖLDI már régebben vallotta és kifejtette véleményét, hogy az agy nedvkeringésének lymphogen zavara az emberi pathológiában is lényeges szereppel bír.

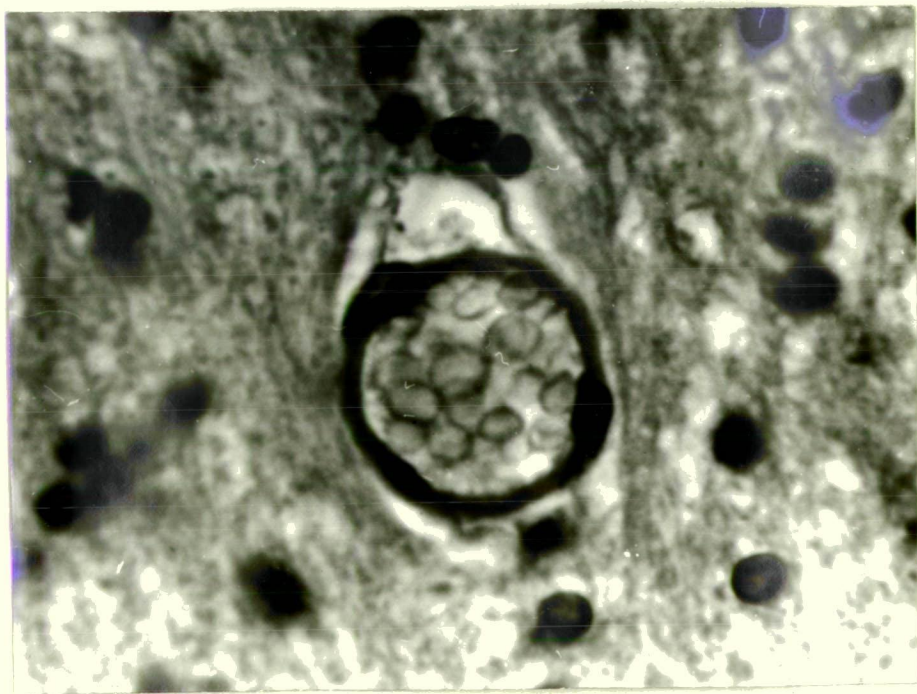


1. kép



11. a Normaler Augenhintergrund eines Hundes. b Papillenodem beim selben Tier bei Unterbindung der Lymphgefäße und Lymphknoten des Halses. Die Venen zeigen keine Anzeichen einer venösen Stauung

2. kép. Baloldalt normális /a/, jobboldalt elmosódott szélű /b/ papilla látható.



3. kép. Szöveti metszet.

Intraadventitialis részképződés agyi ér falában lymphogen encephalopathiában.

2. Emberi lymphogen encephalopathia

A kísérleti lymphogen encephalopathiánál észlelt agyduzzadást emberben is sikerült igazolni. A nyaki terület, illetve a feji strukturák nyirokkeringésének zavarainál, így "mindazoknál a banális betegségeknél, amelyek a nyirokcsomók duzzadására vezetnek, vagyis: tonsillitis, pharyngitis, orrmelléküreg-gyulladás, de még az influenza, a morbilli és a közönséges megfázás stb. is létrehozhat lymphogen encephalopathiát" /FÖLDI/.

Az emberi lymphogen encephalopathia bizonyítása után következett annak kivédésére irányuló próbálkozás. "Miután sikerült találnunk olyan kórképeket, melyek az emberben egyelőre csak feltételezett lymphogen encephalopathia kórképébe beilleszthetők, bevezettük az állatkísérletekben bevált pantothensav-pyridoxin terapia alkalmazását is" /FÖLDI/.

3. Az emberi lymphogen encephalopathia klinikai képe

A betegek főbb panaszai:

- a/ fejfájás
- b/ a koncentrálókéesség csökkenése
- c/ látási zavarok
- d/ bizonytalanság-érzés
- e/ feledékenység
- f/ hányinger

Szemészeti vizsgálaton észlelt tünetek:

- a/ a szemhéjon /szemhéj-oedema/,
- b/ a conjunctiván /vérbőség, esetleg phlyctenák/,
- c/ a papillán /oedema/, és
- d/ a retinán oedema

mutatkoznak külön-külön, vagy együttesen.

A szemészeti lelet az esetek 80 %-ában volt pozitív. A pozitív esetek felében az elváltozás kétoldali volt, másik felében csak baloldalt volt megtalálható.

Neurológiai vizsgálat lényeges eltérést nem mutat, gyakran kisfoku reflex-differencia észlelhető.

Az EEG-vizsgálat: kísérletes lymphogen encephalopathiában az EEG-ben lassu, magas hullámcsoportok jelentkeznek. Ezenkívül az experimentális lymphogen encephalopathiának jellegzetes tünete a görcskészség fokozódása. Ezért a betegek átvizsgálása során az alap-EEG felvétele után rendszerint tetracor-terhelést /10 mg/kg adagban/ is alkalmaztunk.

Vizsgálataink során a magas, lassu delta-theta hullámok általában jelentkeztek. Az EEG-vizsgálatok 90 %-ban kóros képet mutattak. A kóros EEG 74 %-ában a kóros jelek a bal hemisphaerában jelentkeztek.

Bőrgyógyászati vizsgálatokon eseteink 42 %-ában a nyakon pseudoxanthoma elasticum-szerű elváltozást találtak /4. kép/.

Biochemiai vizsgálódások: a lymphogen encephalopathia háttérében meghuzódó biochemiai zavar eredete még nem teljesen tisztázott, viszont elegendő bizonyíték áll rendelkezésre annak megállapítására, hogy a lymphogen encephalopathiában az agyi szénhidrát-anyagcsere mélyreható zavara az EMBDEN-MAYERHOF-schema és a SZENTGYÖRGYI-KREBS-ciklus határán, a coenzym-A szintjén keresendő. A coenzym-A pantothensavat tartalmaz, és synthesiséhez pyridoxin-phosphat szükséges. A szükséges bizonyítékok birtokában, melyeket a kísérletes lymphogen encephalopathiában szereztünk, került sor az emberi lymphogen encephalopathiában a pantothensav-pyridoxin therapia bevezetésére. Ennek nyomán feltűnő pozitív eredményeket észleltünk; sikerült statisztikai-matematikai szempontból is significans javulást, hatást demonstrálni.

A nyirokerek funkcionális vizsgálatára emberen a nyak bőre alá adott radioaktív jóddal jelzett albumin felszívódását figyeltük. A fehérje /albumin/ elszállítását főleg a nyirokerek végzik. Amennyiben a radioaktivitás csak igen lassan csökken, a nyirokkeringés zavarára gondolhatunk. A felezési idő szoros összefüggést mutat az elvégzett többi paraméterekkel.

Megemlítendő, hogy a nyirokkeringés egyik súlyosabb változatát, a MELKERSON-ROSENTHAL-MISCHER-

syndromát is ebbe a kórképbe soroljuk. E betegség külső jeleihez tartozik az arc lágyrészeinek - ajak, szemhéj, stb - megduzzadása /4. kép/, vagy esetleg lingua plicatával való társulása /5. kép/.

Feltűnően érdekes, hogy eseteink több mint 70 %-a nő. "E jelenség oka ugyanugy nem tisztázott, mint az a körülmény sem, hogy a vegyes aetiológiájú pseudotumor cerebris beteganyagunkban ugyanilyen a nemeknek az eloszlása. Így pl. FRICK eseteinek 83 %-a, DANDY eseteinek 73 %-a, FOLEY eseteinek 90 %-a, PETERSON és munkatársai eseteinek 100 %-a volt nő."





4. kép



5. kép

PSYCHOLÓGIAI VIZSGÁLATOK ALKALMAZÁSA LYMPHOGEN
ENCEPHALOPATHIAS BETEGEK ESETÉBEN

A kísérletes lymphogen encephalopathiában az állatok "psychés tevékenységében" jellegzetes elváltozások - a tájékozódási, a feltételes táplálkozási és menekülési reflexek kiesése, aluszékonyság, "elbutulás", fájdalmas ingerekkel szemben csökkent reakciókészség - mutatkoztak. Ezek észlelésével indokolttá vált, hogy az emberi lymphogen encephalopathia esetében a betegeknél részletes pszichológiai vizsgálatok bevezetésére is sor kerüljön.

Megbizást kaptam FÖLDI professzortól, hogy állítsak össze vizsgálatokat, amelyekkel e betegséggel kapcsolatos mentális funkciók, illetve általában a psychés működéssel kapcsolatos változások, vagyis a betegek személyiségében előadódható összes változások, torzulások felfedhetők, elemzésükkel a betegség fellángolásakor, a gyógyszeres therapia alkalmazása következtében előállott állapot rögzíthető, regisztrálható.

Az utóbbi időben az orvoslélektani irodalomban mindinkább terjed az az elképzelés, hogy azonos betegségben lévők, különösen krónikus stádiumában, közös vonásokkal rendelkeznek, közös személyiségvonások alakulnak ki. Vagyis a közös betegség mellett, a különféle betegségben szenvedők egy-egy csoportjában más közös vonásaik is vannak. HELLPACH egy-egy ilyen csoport általános jellegű "személyiségszerkezetét" nozopsychomának nevezte. Egy ilyen csoport közös tulajdonságait úgy állapíthatjuk meg, hogy a csoportot alkotó betegek "mérhető" tulajdonságainak átlagát meghatározzuk.

Hasonló feladatok megoldásában igen értékes MOUSSONG-KOVÁCS véleménye: "A diagnosztikai, prognosztikai és therapiás tevékenység olyan vizsgálati módszereket igényel, melyek felderítik egyrészt a személyiség genezisének körülményeit, formatív tényezőit, egész életvezetését - másrészt tisztázzák mindazokat az exogen és endogen hatásokat, melyek a kórfolyamatot okozták, provokálták vagy színezik."

Az előbbieken már utalás történt, hogy a lymphogen encephalopathiás betegeknél az elégtelen nyaki nyirokkeringés zavart, amely a központi idegrendszer megbetegedését eredményezi. Az is tudott, hogy a központi idegrendszer megzavart anyagcseréje a legsérülékenyebb funkciókat befolyásolja legkorábban és legkönnyebben, vagyis a psychés funkciókat.

A betegeknel szükségessé vált olyan előre megtervezett program összeállítása a psychés vizsgálatok elvégzésére, amellyel a somatikus és psychés jelenségek kölcsönös összefüggését, valamint a betegek somatikus állapotában beállott kedvező vagy kedvezőtlen statust kísérő psychés állapotot regisztrálni lehet.

A tervbe olyan vizsgálati módszereket vettünk, amelyekkel a betegek psychéjéről kellő képet alkothattunk, a megismételt vizsgálatoknál az összehasonlításra alapot adjanak, tehát "exakt" módszerekre törekedtünk. Igyekeztünk szem előtt tartani a tudományos igényű munkák esetében követendő módszertani szempontot, melyet DURÓ találóan úgy jellemez, hogy kutatásmethodikai szempontból lényeges a meghatározott mutatók megállapításakor, azok értékei figyelembevételével a paraméterek összehasonlítása a reális életkörülményekkel, vagy egyéb fejlődési feltételekkel. Ugyancsak helyesli a korszerű matematikai statisztika felhasználását.

Igyekeztünk kiküszöbölni a többszöri ismétléssel járó "megtanulás" lehetőségét azzal, hogy egy-egy módszeren belül az engedélyezhető változtatásokat eszközöltük.

A psychés vizsgálatoknál előforduló hibalehetőség minimálisra csökkentését célozta, hogy a vizsgáló psychológus személye mindig azonos, a vizsgálat minden esetben

azonos helyen, szituációban történt, és a vizsgáló semmit sem tudott a beteg somatikus állapotát befolyásoló medikációról, lényegében somatikus állapotáról sem. Tehát feltétlen kiemelendő, hogy a vizsgálatok, kísérletek során következetesen a "kettős vak" kontroll elvét alkalmaztuk. A gyakorlatban ez azt jelentette, hogy sem a beteg, sem az osztályos orvos, sem az EEG-felvételek értékelője, sem pedig a pszichológiai vizsgálatok végzője nem tudott arról, hogy a betegek gyógyszer /a betegek sem!/ vagy placebót kaptak-e.

A hibalehetőségek csökkentését célozta továbbá az is, hogy a vizsgálatokat mindig egyénileg végeztük, az egyes psychés funkciókat vizsgáló, rögzítő eljárások közül - különösen az első években - több oldalról és többféle eljárással igyekeztünk megközelíteni, tehát számos módszert alkalmaztunk. Ezzel kívántuk vizsgálataink megbízhatóságát, érvényességét biztosítani. Csúpan évek múlva szűkítettük a módszerek számát, látva az addig alkalmazott eljárások eredményeinek kongruenciáját. Mindenesetre az a szempont vezérelt bennünket, hogy "a személyiség sokoldalú tevékenységben ismerhető meg a legteljesebben /DURÓ/".

Természetesen a tesztvizsgálatok mellett, nem tévesztettük szem elől azt az általános elvet, hogy az egyén alapos, megbízható megismeréséhez a "hosszmetszetű" anamnesis, valamint az elbeszélgetés, vagyis az alapos

és kimerítő exploráció elengedhetetlen. Hiszen enélkül a kapott eredmények használhatósága labilissá válhat.

A többféle vizsgálati eljárások kapcsán szerzett informatív jellegű jelzéseket az egyes vizsgálatokkal egyeztettük, majd néhány év tapasztalatai összegyűjtve, a legpregnansabb mutatókat prezentáló eljárásokat /HAWIE/ és a tíz feladatból álló intelligencia-vizsgálatokat, az u.n. személyiséget vizsgáló próbák közül a RORSCHACH-, LÜSCHER-, RAJZ- és ZULLIGER-próbákat, egészséges, más belgyógyászati betegséggel a klinikán fekvő egyéneknél, valamint u.n. vegyes kórképű betegeknél, tehát akiknél nyirokkeringési zavar mellett, egyéb betegség is fennáll, mint kontroll-csoportoknál is elvégeztük. A kontroll-csoportok összeállításánál igyekeztünk olyan egyéneket összegyűjteni, akiknél az iskolázottság, környezetük, életkörülményük, nemi eloszlásuk, életkoruk, stb. a betegcsoporttal mindjobban megegyezzen.

A vizsgálatok folyamatosak; dolgozatomban jelenlegi álláspontunkat, tapasztalatainkat összegezem.

ALKALMAZOTT ELJÁRÁSOK, METHODUSOK

Az alkalmazott módszerek részletes ismertetését mellőzőm, ezek ismereteseek, a velük részletesen foglalkozó tanulmányok amugy is értékes elemzést nyujtanak. Munkánk során alkalmazott módszereket csupán felsorolom, illetve lényegüket néhány sorban összefoglalom.

Teljesítmény- /intelligencia/ vizsgáló eljárások

Bourdon-próba

A vizsgált személy /továbbiakban v.sz./ ismeretlen nyelven írott szövegben az e betűk aláhuzására kap felszólítást. 65 hibalehetőség előfordulása után a teljesítményt használtuk fel összehasonlításra.

"Összehasonlító próba"

A vizsgálati lapon az egyik oszlopban számsorok és értelmetlen betűsorok, majd két jelentéssel bíró kifejezés található. Mellette ugyanennek az oszlopnak

másolata van, illetve helyenként a számok, betűk sorrendjében változtatást észlelhetünk. A v.sz. azt a felszólítást kapja, hogy a második oszlopot hasonlítsa össze a mintául szolgáló első oszloppal, és ahol hibát talál a második oszlopban, ott húzza alá. Annyi alá húzást eszközöljön, ahány hibát észlel. 18 hibalehetőség közül regisztráljuk a tévedéseket.

Ziehen-próba

A v.sz. szorzási feladatot kapott. Mennyi 6×8 ? Utána felhívtuk, hogy ezt a feladatot jól jegyezze meg, mert később megkérdezzük, mi volt a feladat? Utána 5 tagból álló számsort mondunk, minden számot külön tagolva /pl. 7, 3, 9, 2, 6/. A betegnek e számsort reprodukálnia kell. Utána még két hasonló számsort kell utánmondania. Később visszakérdezzük azt a feladatot /szorzást/, melyet meg kellett jegyeznie. Ha e számsorok, valamint a feladat reprodukálása nem sikerül, ez az elkövetett hibák számától függően - pl. csak 3 számot tud megismételni az 5 szám közül - a próba erősen pozitív, amely a megjegyző emlékezés súlyos kiesését jelzi.

Masselon-próba

A v.sz.-nek 3 szót mondunk: vadász, nyul, mező; majd Szeged, pénz, Tisza; végül: munka, hét, bér. A v.sz.-t felkérjük, hogy képezzen ezekből a szavakból olyan

mondatokat, melyekben a felsorolt három szó szerepel. Ezzel a módszerrel az alkotó kombinációt vizsgáljuk.

Ebbinghaus-próba

Rövid, könnyen kombinálható történetből szótagok, szavak hiányoznak. Ezeket a v.sz. pótolja, azaz a hiányzó részeket kiegészíti. Ezzel az eljárással a kiegészítő kombinatív képességet vizsgáljuk.

Ranschburg-Ziehen-féle szópárvizsgálat

A megjegyző- és megtartó emlékezőképesség vizsgálatára lo-lo szópár szerepel. A szópárok főnév-főnévvel, főnév-melléknévvel és főnév-igével kombináltak. A feladatot a betegeknek elmagyaráztuk, néhány szópárban a feladatot gyakoroltuk. Ezután az első tíz szópárt felolvastuk /főnév-főnévvel/. A felolvasás után a szópárok első tagjainak említésére a v.sz.-ek a szópár második tagjával válaszolnak. Utána következett a következő /főnév-melléknévvel/, és végül a harmadik szópárcsoport /főnév-igével/. E vizsgálatot 10 perc, 1 óra és - a lehetőségekhez képest esetleg - 24 óra múlva ismételtük. Egészségeseknél a középérték 1 perc múlva 95 %, 10 perc múlva 90 %, 1 óra múlva 86 % és 24 óra múlva 84 %. A vizsgálatkor a szópárokat fordított sorrendben is kérdezzük, vagyis a szópár második tagja szerepel hívószóként, amikor a v.sz. a szópár első tagjával válaszol.

Közmondásokat értelmeztetünk, amellyel arra igyekszünk választ kapni, vajon a beteg miképpen ismeri fel a közmondásokban a lényegét, mennyire képes általánosítani és elvonatkoztatni, azaz absztrahálni. A gyakran használatos közmondásokból kiindulva rátérünk ritkábban használt, esetleg alig ismert közmondásokra.

Képtelen tartalmu mondatokkal az ítéletalkotás képességét vizsgáljuk. Felismeri-e az ilyen kérdésekben az abszurdumokat, képtelenségeket? Pl. Ma olvastam az ujságban, hogy az a vihar, amelyik tegnap kitört a tengeren, három napig tartott. Vagy: levelet kaptam a barátomtól, amelyben azt írja, ha nem kaptam meg levelét értesítsen, hogy újból írhasson, stb.

A következtetőképesség feltárását célozva:

Imre fiatalabb mint Béla,
Gyula éppen olyan fiatal mint Béla,
akkor Imre Gyulánál fiatalabb, öregebb,
vagy egyidősek-e?

Majd: igaz lehet-e, vagy nem igaz, vagy lehetséges lehet-e az, ha valaki ezt mondja:

néhány barátom katona,
néhány barátom zenekedvelő,
néhány barátom sem nem katona, sem nem zene-
kedvelő.

Intelligencia vizsgálati séma

1. Figyelem vizsgálat

Bourdon próba

J'ai été quelque temps sans vous écrire, et sans doute vous en accuser déjà ma négligence. Je ne suis cependant pas coupable: j'ai été malade, et la crainte de vous causer peut-être inutilement des inquiétudes, m'a fait garder le silence. Graces a Dieu, j'ai recouvré la santé. J'ai été très bien soigné ici, ce qui m'a encore affermi dans l'intention de ne point troubler votre tranquillité. Aujourd'hui je me fais plus qu' un souhait, c'est que vous jouissiez d'une santé égale a celle que je possède actuellement, et suis avec la plus vive tendresse votre obéissant Henri.

Hiba:

031
STRDXVWDSH
2894
DRNPOPGHTOV
3271
LFFLDREJQNOW
22690
RHBCTWEHLNGT
49170
Szerelmi T.
54913227
Karvaly Zs.

033
STRLXWVDSH
2978
DRNPOPGHTOV
3271
IFFLDREJQDOW
22609
RHBCTWELHNGT
49170
Szeremlei T.
54912227
Karvaj Sz.

Eredmény:

2. Megjegyző képesség vizsgálata

Ziehen próba

6×8, 7, 3, 9, 2, 6.

Mondatok, kettő és hétjegyű számok utánmondása (lásd: Binet—Simon—Éltes teszt).

Eredmény:

3. Iskolai ismeretek, emlékezés-vizsgálat stb.

8 + 7 =	19 - 11 =	7 × 8 =	15 : 3 =
13 + 9 =	27 - 9 =	3 × 15 =	33 : 11 =
27 + 68 =	101 - 14 =	9 × 9 =	100 : 5 =

Eredmény:

Egy kereskedő 200 l bort kap, elad belőle 164 l-t. Mennyi marad neki?

6 Ft-ért almát vesz, darabja 78 f. Hány almát kap és mennyi marad?
300 Ft-ot keres 1 hónapban, kiad belőle 270 forintot. Mennyi idő alatt fog 200 Ft-ot megtakarítani?

Eredmény:

Általános ismeretek:

Magyarország fővárosa:

Folyók Magyarországon:

Nagyobb városok Magyarországon:

Világrészek felsorolása:

Világtájak felsorolása:

Mikor volt a szabadságharc?

Ki volt Petőfi?

Ki írta a „Talpra magyar“-t?

Ki volt Eötvös Lóránt?

Hány cm 1 méter?

Hány kg van 1 mázsában?

Melyik a legrövidebb hónap?

Mi a szökőév?

Hogy keletkezik az eső, a hó?

Hol kel fel a nap, és hol nyugszik le:

Miből készül a szappan?

Hogy keletkezik a bor?

Mit csinálnak az árpából?

Mi az a rádió?

Hogy készíti el a kolbászt?

Mi a különbség a sült és a főtt tészta között?

Seprés előtt vagy seprés után kell-e törölgetni?

Mikor szüretelnek?

Mikor aratnak?

Mibe kerül 1 kg zsír?

Hány kg kenyeret eszik meg egy 5 tagú család hetente?

Hányat ellik a koca?

Mennyi tejet ad egy tehén?

Mikor lehet lovat befogni?

Milyen fontos részei vannak a szövőgépnek?

Miért kell adót fizetni?

Miért kell a hivatalos írást tintával aláírni?

Hiba:

4. Fogalomképzés

Definitio

Mi az, hogy ház?

Mi az, hogy hivatal?

Ki a szorgalmas?
Mi az, hogy kötelességteljesítés?
Hiba?

Felérendelt fogalom megtalálása

Mi a kés, villa, kanál, tányér együtt?
Mi a zene, festészet, költészet együtt?
Mi a kutya, ló, tehén, disznó együtt?

Alárendelt fogalom megtalálása (képzelőerő).

Mondja el az összes gabonaféléket:
Mondja el az összes átlátszó anyagot:

5. Különbségek

Ház iskola:
Fa üveg:
Jég víz:
Tó folyó:
Bátorság: vakmerőség:
Szegénység nyomorúság:
Hiba:

Ismert—ismeretlen	bátor
Nadrág—ruhadarab	kenyér
Mozdony—fűteni	ember
Erdész—erdő	tanító
Takarékosság, fösvénység	bátorság
Egyetértés, hatalom	szorgalom
Fül, telefon	szem
Madár, repül	hal
Lámpa, fény	kályha
Alma, gyümölcs	ló

Masselon próba:

Szeged, pénz, Tisza
Vadász, erdő, nyúl
Bér, munka, hét

3	7	11	15	19	23	...
21	18	16	13	11	8	
15	16	14	17	13	18	
2	6	4	12	8	23	16 48
10	5	8	7	6	9	

Közmondások:

Nem mind arany ami fénylik.

Nincsen rózsza tövis nélkül.

Lassú víz partot mos.

Az éjszaka olyan sötét volt, hogy a vak ember eltévedt az úton.

Levelet kaptam a barátomtól, amelyben azt írja, ha nem kaptam meg, értesíts újból írok.

A kerékpárost az autó elütötte, azonnal meghalt. Kórházba vitték, megoperálták, de kevés remény van felépüléséhez.

Imre fiatalabb mint Béla,

Gyula éppen olyan fiatal, mint Béla,

Akkor Imre Gyulánál:

a) fiatalabb, b) öregebb, c) egyidősek.

Hiba:

Néhány barátom katona.

Néhány barátom zenekedvelő.

Néhány barátom sem nem katona, sem nem zenekedvelő.

a) igaz, b) nem igaz, c) lehetséges.

Kiegészítés:

Al

So

Ele

Szere

Ve

Ha

Ebbinghaus próba

A múltkor szüleim elutaztak, alig mentek el, öcsém hirtelen rosszul lett.

Azonnal elhivattam hozzá, ágyba fektettük és

öcsémet. Mikor szüleim hazajöttek és megtudták, hogy öcsém milyen beteg volt, nagyon

....., de megtudták azt is, hogy én gondoskodtam öcsém

és engem gondoskodásomért Később rájöttünk arra is, hogy a fiú

sok éretlen gyümölcsöt evett: bizonyosan azzal Szüleim

akkor szigorúan megparancsolták neki, hogy máskor ne legyen olyan

Azt hiszem öcsém szüleink parancsát a jövőben

Hiba:

rkölcsi értéktételek:

liért nem szabad lopni?

lit csinál a vonaton talált bőrönddel, az utcán talált pénztárcával?

zabad-e a tolvajtól lopni, vagy megvenni valamit?

lit csinálna, ha sok pénze volna?

lit csinálna, ha mindent megtehetne, amit csak akar?

liért különösen súlyos bűn nyomorék embert bántani?

gy ház leégett, a szomszéd nagyon örült neki. Milyen a szomszéd?

gy ember ellopott egy órát, mikor megfogták, azt mondta, hogy barátja lopta el. Milyen ember ez?

liba:

Főnév—főnévvel

[illegible]

Főnév – melléknévvel

[illegible]

Főnév – igével

[illegible]

sszefoglalás:

Tájékozódó kérdéseket tettünk fel iskolázottságuk, foglalkozásukkal kapcsolatban, hogy ismereteik, tudásanyaguk mennyiben felel meg a vizsgálat idején végzettségüknek, illetve munkakörüknek, társadalmi helyzetüknek, milyen ismereteik felelevenítő képessége.

Definiálásra kaptak felszólítást:

mi az, hogy ház? Majd:

mi az, hogy hivatal?

Ki a szorgalmas?

Mi az, hogy kötelességteljesítés?

Fölérendelt fogalmak megtalálása: mi a közös neve a kés, kanál, villának?

Mi a zene, festészet, költészet?

Majd: a kutyát, lovat, tehenet, disznót hogy hívjuk közösen, mi a nevük együttesen?

/L.: Intelligencia-vizsgálati séma./

Élettörténetük elmondatása.

Az eddig ismerttetett eljárásokkal a figyelmet, az emlékezés, a következtetés, ítéletalkotás, logikus gondolkodás, a beszédkésztség, a reprodukáló, a produktív képesség, stb. területére vonatkozóan tájékozódhatunk, következtethetünk.

Egyes esetekben magasabb követelményeket igénylő vizsgálati eljárásokat is alkalmaztunk, a teljesítményt

grafikonnal ábrázoltuk. Tíz feladatból álló feladatsor
a következő:

1. Hasonlóság-különbség felismerése /Kluver-féle
eljárás/

Ezzel a logikai ítélet és meghatározást vizsgáljuk. A vizsgálati lapon 5 feladat van. Mindegyik feladat abból áll, hogy két fogalomnak először a hasonlóságot kell megjelölnie, majd a közös vonások meghatározása után a két fogalom megkülönböztető jellegét kell a megfelelő rovatba beírni. Pl.: miben hasonlít egymáshoz a lépcső és létra, majd: miben különböznek ezek egymástól?, stb.

2. Analógiaalkotás /Stern/

Ezzel az eljárással a fogalom-relációk felismerését és alkotását vizsgáljuk. 12 megadott fogalompár kapcsolatának analógiájára kell 12, a hívó szavakkal azonos relációt alkotni.

Pl.: lámpa	- fény	kályha	-
jó	- rossz	szép	-
madár	- repülni	hal	-

3. Táviratírás /Leipziger/

Komplikált logikai folyamatnak, a lényegmegragadásnak, a képességére szolgál. Megadott szövegből táviratot kell alkotni. A rövidségekre kell törekedni, viszont a lényeges részeknek nem szabad hiányozni.

4. Szövegkiegészítés /Ebbinghaus/

Összefüggő történet hiányzó szavainak beillesztése, pótlása a megadott szótagjelöléssel. A vizsgálat megoldása a kombináció képességéről és az asszociáció élénkségéről informál.

5. Abrásor folytatása /Pieron/

A szabályfelismerés képességét tükrözi. Geometriai, sík ábrákkal kifejezett soralkotó-szabály felismerését célozza. A vizsgálólapon 10 ábrásor látható, melyeknek a végén lévő üres rovatokba kell rajzolni azt az ábrát, amelynek az egyes sorokban mutatkozó szabály szerint következnie kell.

6. Beillesztés /Rybakoff/

Térszemléletet vizsgáló eljárás. A síkbeli alakok egymáshoz illeszkedésének elképzelésére utal. A vizsgáló lapon 19 megszámozott különböző alaku idom rajza látható, melyeket az alattuk lévő csikokból, szalagokból vágtak ki. A szalagok üres, vagyis kivágott részének helyén karika - illetve karikák - látható. Minden szalagból annyi rész hiányzik, ahány karika van a hiányzó rész helyén. A feladat az, hogy minden karikába be kell írni a megszámozott idom, rajz számát, amely arra a helyre illeszthető, vagyis onnan hiányzik.

7. Bevásárlás /Giese/

A praktikus munkaterv kidolgozásához szükséges kom-

bináció, idő- és távolságbecslés, valamint több szempontot figyelembe vevő rendező-képességet jelzi. A vizsgálólapon térkép látható. A v.sz.-nek elmondjuk: képzelje azt, hogy ez az ő lakhelyének térképe. A lakás jelölése a térkép egyik sarkában látható. A feladat, hogy egy délelőtt el kell mennie a városba és tíz különböző megbízást kell elintéznie. Ezek egyébként a térkép alján is megtalálhatóak, és azt nézhetik. Nehezíti a munkaszervezését, hogy a feladatok elvégzésére otthonról délelőtt fél tízkor indulnak, és egy órára otthon kell lenniök. Villamos nincs, közben hazamenni nem lehet, tehát egyuttal kell mind a lo dolgot elintéznie. A távolságra nézve annyit tudunk, hogy a lakás a pályaudvartól félórányira van, a posta és az üzletek 12 órakor zárnak. /A feladatok közt szerepel, hogy egy barátot kell az állomáson fogadni, a vonat 12³⁰-kor érkezik, stb./

8. Számolás /Révész-Nagy/

Figyelem koncentrációját vizsgáló eljárás. Megadott számokhoz felváltva egyet, majd az eredményekhez kettőt kell fejben hozzáadni; ezekhez az eredményekhez ismét egyet, majd újra kettőt kell hozzáadni. Percenként új oszlopra kell áttérni. A munka tíz percig tart, tehát a végén a tíz számoszlopot értékeljük. A helyesen leírt összegek egy pontot jelentenek. Maximális érték 300.

9. Akusztikai név- és számemlékezet vizsgálata

Egy rövid történet keretében öt név és öt számadat szerepel. Egyszeri felolvasás után a v.sz. a történetet emlékezetből leírja. A lényeg, hogy minél több névre és számadatra emlékezzen.

10. Optikai név- és számemlékezet vizsgálata

Egy ötszögű geometriai ábra belsőjében és körülétén kívül 3 név és 4 számadat van. 30 másodpercnyi exponálás után a látott képet, a geometriai ábrát a benne, illetve körülötte lévő számokat és neveket a betegnek le kell rajzolnia.

Általános iskolás betegeknél néhány esetben a Binet-Bobertag-Baranyai-féle intelligencia-vizsgálat változatát is elvégeztük tájékoztató célból.

1965-ben a tárgyi feltételek megfelelő alakulásával elértük, hogy az előbb felsorolt methodusok közül többet elhagyhattunk, és helyettük bevezethettük az intellektus, a teljesítményre vonatkozóan is megbízhatóbb, informatív eljárást, a Hamburger-Wechsler-féle intelligencia-vizsgálat /HAWIE/ felnőttek, majd később a gyermekek számára /HAWIK/ összeállított változatát.

A HAWIE /HAMBURGER-WECHSLER-INTELLIGENZTEST FÜR ERWACHSENE/ -teszt 10 éves kortól 60 éves korig hasz-

nálható. Tíz részpróbából áll. Ebből öt verbálisan, öt pedig averbálisan /performációs/ oldandó meg. Ezenkívül a 11. feladat az u.n. szókincs-teszt, mint kiegészítő próba szerepel.

WECHSLER tesztjének standardizálásakor azt észlelte, hogy bizonyos részpróbák teljesítménye az öregedéssel fokozatosan csökken. Tehát egy fiziológiás hanyatlása is van az intelligenciának. Azt tapasztalta, hogy az intelligencia fiziológiás hanyatlását illetően, egyes részpróbák esetében, a funkciók nagyon érzékenyen és korán reagálnak, más részpróbákban ilyen, a korral való változás nem tapasztalható, sőt ezeknek a teljesítménye magas életkorban is változatlan marad. Vannak tehát u.n. regrediens részpróbák, ahol a korral és a kóros folyamatokkal a teljesítmény változik, csökken, és vannak u.n. stabil, vagyis a korral nem változó részpróbák.

Ezzel az eljárással kimutatható, hogy a v.sz. adott időben nyújtott teljesítménye alapján, saját korcsoportja átlagát figyelembe véve, melyik "intelligenciaövezetbe" tartozik, valamint teljesítménye habituális- vagy leépülés eredménye-e.

Hét övezetet különböztetett meg az elért IQ-ek alapján:

Szám

Osztály

196.....

Vv.

Dg.

Név Etetkor

Foglalkozás Iskolai végz.

Klinikai kérdések

WECHSLER

I.

(Minisztertanács elnöke)	Nyp.
1. Elnök	
2. Hőmérő	
3. Gumi	
4. Róma	
5. Kiló	
6. Hét	
7. Japán	
8. USA	
9. Nő	
10. Egyiptom	
11. Szív	
12. Brazília	
13. Faust	
14. Budapest	
15. Egyenlítő	
16. Renaissance	
17. Déli sark	
18. Csongor és Tünde	
19. Kreml	
20. Telefonközpont	
21. Isteni Színjáték	
22. Ethnológia	
23. Mimikri	
24. Modus vivendi	
25. Determinizmus	

II.

	Nyp.
1. Börtök	
2. Mozi	
3. Rössz barátok	
4. Adó	
5. Cipő	
6. Telek	
7. Erdő	
8. Törvény	
9. Házasság	
10. Süket	

III.

Inger-sorrend	Fordított-sorrend
5, 8, 2	2, 4
6, 9, 4	5, 8
6, 4, 3, 9	6, 2, 9
7, 2, 8, 6	4, 1, 5
4, 2, 3, 1, 5	3, 2, 7, 9
7, 5, 8, 3, 6	4, 9, 6, 8
6, 1, 9, 4, 7, 3	1, 5, 2, 8, 6
3, 9, 2, 4, 8, 7	6, 1, 8, 4, 3
5, 9, 1, 7, 4, 2, 8	5, 3, 9, 4, 1, 8
4, 1, 7, 9, 3, 8, 6	7, 2, 4, 8, 5, 6
5, 8, 1, 9, 2, 6, 4, 7	8, 1, 2, 9, 3, 6, 5
3, 8, 2, 9, 5, 1, 7, 4	4, 7, 3, 9, 1, 2, 8
2, 7, 5, 8, 6, 2, 5, 8, 4	9, 4, 3, 7, 6, 2, 5, 8
7, 1, 3, 9, 4, 2, 5, 6, 8	7, 2, 8, 1, 9, 6, 5, 3

IV.

Sorszám	Idő	Megoldás	Nyp.
1. (15)			
2. (15)			
3. (15)			
4. (30)			
5. (30)			
6. (30)			
7. (60)			
8. (60)			
9. (120)			
10. (120)			

6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
2	1	3	1	2	4	3	5	3	1	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	6	3

1	2	N	3	4	5	6	7	8	9
—	□	□	□	□	□	□	□	□	□

Nyp.

(90°)

VI.

V.

	Nyp.
1. Narancs-banán	
2. Felöltő-ing	
3. Kutya-oroszlán	
4. Kocsi-kerékpár	
5. Újság-rádió	
6. Leyegő-víz	
7. Deszka-alkohol	
8. Szem-orr	
9. Tojás-mag	
10. Szobor-költemény	
11. Dicséret-büntetés	
12. Légy-tulipán	

VII.

Feladat	Idő	Megoldás	Nyp.
1. Ház (60")			
2. Bíró (60")			
3. Lift (60")			
4. Flört (120)			
5. Kőlap (120")			
6. Halász (120")			
7. Utazás (120")			

IX.

Minta	Idő	Eredmény	Nyp.
1. (75")			
2. (75")			
3. (75")			
4. (75")			
5. (150")			
6. (150")			
7. (195")			

VIII.

Feladat	Idő	Megoldás	Nyp.
1. Orr			
2. Szakáll			
3. Fül			
4. Káró			
5. Láb			
6. Farok			
7. Kémény			
8. Kilincs			
9. Mutató			
10. Víz			
11. Tükörkép			
12. Nyakkendő			
13. Csavarmenet			
14. Szemöldök			
15. Arnyék			

X.

Minta	Idő	Eredmény	Nyp.
Figura (120)			
Profil (180)			
Kéz (180)			

	Év	Hó	Nap
Vizsgálat			
Született			
Kor			

Verbális próbák	Nyp.	Ép.	±Vm
1. Ismeretek			
2. Helyzetek			
3. Számismétlés			
4. Számolás			
5. Összetartozás			
		Σ V=	Vm=

Performáció	Nyp.	Ép.	±Pm
6. Rejtjelezés			
7. Képrendezés			
8. Képkiegészítés			
9. Mozaik			
10. Szintézis			
		Σ P=	Pm=

	Σ Ép.	
Verbális		VQ =
Performáció		PQ =
Összegezve		IQ =

Σ Ká (I, II, VIII, X)

Σ Kv (III, IV, VI, IX)

DEMENCIA INDEX

instrukció			instrukció					
Ábra	Ép.	Hibák	Ábra	Ép.	Hibák	Hibafajták		
I.			I.					
II.			II.			Kihagy		
III.			III.			Torzít		
IV.			IV.			Perszeverál		
V.			V.			Elfordít		
VI.			VI.			Hibás elhelyezés		
VII.			VII.			Aránytalan		
VIII.			VIII.			Jobb		
IX.			IX.			Bal		
X.			X.					

Σ Ép :

Σ Hp.:

Σ Ép.:

Σ Hp.:

1. értelmi fogyatékos övezet /ha az IQ 62 vagy alatta van/			
2. igen alacsony int.	"		63 és 78 között
3. alacsony	"	"	79 és 80 "
4. átlagos	"	"	91 és 110 "
5. magas	"	"	111 és 117 "
6. igen magas	"	"	118 és 126 "
7. extrém magas	"	"	127 és magasabb

Az intelligencia-faktorok értékének egymáshoz való viszonyából következtetni lehet:

1. magas intelligenciaszint esetén: az érdeklődés irányára, képzettségére, verbális és performációs munka alkalmasságára;

2. alacsony vagy értelmi fogyatékos övezetbe tartozó intelligencia-szint mellett, esetleg a leépülés kvalitására, intenzitására, viszont a teljesítmény felhívó jellegű lehet:

a/ verbális dominancia esetén /különbség 10 érték/ inkább schizophreniára,

b/ performációs dominanciánál inkább oligophreniára,

c/ orgános károsodásra, és

d/ beilleszkedés megnehezülését jelző mutatók asszociális magatartást jelezhetnek.

/L.: Wechsler-próba jeleit./

A tíz részpróba rövid ismertetése

1. Általános tudás. Ez a rész vizsgálja az ismeret-repertoárt, az ismeretek felelevenítéskészségét, az emlékezet intenzitását. Itt a megőrző emlékezés mellett, szerepe van az iskolázottságnak, képzettségnek, a felelevenítési készségnek. Pl. tanulta, tudja-e, régen tanulta, jól emlékszik, nem régen tanulta, mégsem emlékszik, stb. Az értékelésnél szerephez jutnak az általános lélektani ismeretek.

2. Általános értelem. Ezen belül bizonyos absztrakciós képesség kell ahhoz, hogy virtuális szituációkban viselkedni tudjon. Mi lenne, ha képzeletbeli helyzetet konstruál a v.sz., és az elképzelt helyzet alapján ítéli meg, hogy az adott helyzetben hogyan kell viselkedni, mit kell tenni. Kritikai funkciót vizsgál ez a részpróba, valamint a bizonyos viselkedési normákhoz való alkalmazkodást helyesen tudja-e megítélni. Természetesen ebből a részpróbából nem tűnik ki, hogy miképpen fog viselkedni. Ha helyes megítélés ellenére helytelenül viselkedik, azért nem az intellektuális szint a felelős.

3. Szémismétlési próba. A figyelmet, a koncentrációt a közvetlen emlékezet és a viszonylatok megfordíthatóságát, vagyis az intelligencia rugalmasságát vizsgálja.

A viszonylatok reverzibilitása az egyéni fejlődés késői szakában alakul ki, rendkívül sérülékeny és hamar

eltűnik. Agyi károsodás esetén ez sérül leghamarább, és öregkorban ez tűnik el legelőször.

4. Számolási gondolkodás. Logikai funkciókat vizsgál, mint pl. következtetést, valamint bizonyos mentális készségeket, számtani műveletekben való tájékozottságot. Kiderül az is, hogy a készségek szintjén téveszt-e, vagy nem tudja pl. mennyi 8×3 , vagy 24-ben hányszor van meg a 3; esetleg nem tudja, mennyi egy tucat, stb.

5. Összetartozás. Két fogalom hasonlóságát kell felismerni. A v.sz. fogalmi szintjéről tájékoztat, és a logikai fölé- és alárendelés felismeréséről. A megoldás arra is választ ad, hibátlanul általánosít-e, tud-e elvonatkoztatni, valamint megoldása absztrakt fogalmi, funkcionális fogalmi, vagy konkrét tulajdonságon alapul-e.

6. Szémszimbólum. A vizuo-motoros koordináció állapotáról ad felvilágosítást. Orgános károsodás esetén általános jelenség az, hogy a motoros viselkedés és a vizuális vezérlés összerendezettsége megbomlik /hiába látja, a viselkedés irányítása zavart/.

7. Képrendezés. Viszonylatok összefüggését kell megállapítani logikai művelettel, amelyet percepciók támpontok segítenek.

A vizsgált személynek az előtte fekvő, kevert sorrendben lévő eseményképekből az eseményre kell következ-

tetni, és utána a képeket a valóságban lezajló sorrendbe rakni. Ahhoz, hogy ezt a feladatot hibátlanul elvégezze a v.sz., arra is szüksége van, hogy a képeken látható élethelyzetekről megbízható ismeretei legyenek. Ez viszont csak akkor van, ha a szociális beilleszkedése zavartalan. Ezért ez a részpróba némiképpen a szociális beilleszkedés tesztjének is tekinthető.

Fontos szempont, hogy a képek kizárólagos percepció-s vezérléssel is megoldhatók /tehát az első jelzőrendszer szintjén/ anélkül, hogy humorérzékre lenne szükség a jó megoldáshoz /ami a storiban jól kijön/.

8. Képkiegészítés. Ez a vizuális felismerés és azonosítás, tehát tulajdonképpen a percepció és fogalomképzés viszonyát vizsgálja.

A menete: meglátja a képet, hibátlan percepcióműködés esetén felismeri, hogy az mi, és azonosítja az ábrázolt jelenség fogalmával /ez disznó, pl./. Ahhoz, hogy a hiányzó tagot, részt felismerje, a látott és felismert tárgy fogalmának tartalmát jól kell ismernie.

9. Mozaik-teszt. Egyrészt a vizuo-motoros koordinációt, másrészt az analitikus-szintetikus működést vizsgálja. Meglátja az ábrázolt képet. Fel kell bontania képzeletben kockákra, majd a felbontott elemeket, a kockákat percepció-s vezérléssel szintetizálja.

Hibát követhet el, ha már az analitikus szinten nem tudja elemekre bontani. Esetleg megromlott percepció-s

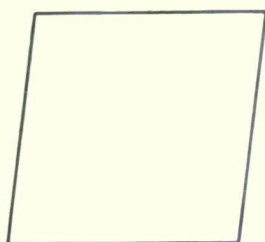
vezérlés, vagy ha szintézisre az adott követelménynek megfelelően képtelen.

A teszt ezen túlmenően, fontos tájékoztatást nyújt a v.sz. munkamódszeréről. Megoldhatók a feladatok "próbaszerencse" módon, vagy felismerve a helyzetet, tervszerűen, ami magasabb szintű megoldás.

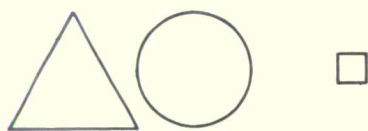
10. Szintézis-próba. Ebben elemekből kell egészet konstruálni anélkül, hogy az egész képe adva lenne. Az egészet a megoldás menetében egy evidenciaélmény nyújtja /pl. hm, ez egy fej lesz!/. A szintézist a saját képzetéhez szintetizálja, a képzete vezérli /L.: jkv. melléklet/.

BENTON-próba /1961/. Ezt a próbát két technikával végeztethetjük: Rajzolással vagy választással. Az első eljárásnál a v.sz.-nek tíz geometriai ábrát kell lerajzolnia, a második esetben az előzőleg szemlélt ábrát kell kiválasztania 4 variációból. Klinikai értelmezésben az intelligencia-szintnek megfelelő értékből indulunk ki, ehhez viszonyítjuk a BENTON-tesztben elért eredményt. Az értékelésben nemcsak a teljesítményt mérlegeljük, hanem a hibák számát is.

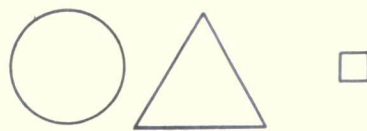
Különösen értékesé teszi ezt a vizsgálati eljárást az, hogy hasznos tapasztalatok alapján összefüggést találtak az agysérülés helye és az észlelt hibatípusok terén. A teszt csak az occipitális /hátsólebeny/ és parie-



A



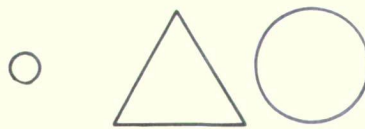
B



C



D



talis /halántéklebeny/ sérülések diagnosztizálására alkalmás, frontális laesiókra már nem.

Az eddig felsorolt eljárások aránylag kevés felvilágosítást adnak az egyén érzelmi viszonyulásairól, és sok más tulajdonságairól, azaz bizonyos jellegzetes egyéb személyiség-vonásokról. Ezért szükséges volt erre a célra különböző személyiséget vizsgáló eljárást is elvégezni.

Személyiséget vizsgáló eljárások

Rorschach-próba

Ezt a vizsgálati eljárást Hermann RORSCHACH /1884-1922/ svájci pszichiáter 1921-ben megjelent "Psychodiagnostik" című könyvében ismertette. A vizsgálat tíz táblán lévő foltok értelmezéséből áll.

A képzeletnek, mint az intelligencia egyik funkciójának vizsgálatára, már a századforduló táján több helyen használták a foltok értelmezését. PIERON a fantázia irányát, RIBAKOV a képzelet rugalmasságát vizsgálta foltértelmezési próbával. RORSCHACH az egyetlen funkció vizsgálatára alkalmazott eljárást az egész személyiség vizsgálatára alkalmazta. Ugyanis egy meghatározatlan kimenetelű megoldás esetében, többértelmű és többjelentésű helyzetben a teljesítmény, nem egyszerűsíthető képzeleti

tevékenységre, hanem a kimenetelt szolgáló megoldás az egész személyiséget mozgósítja. Ez RORSCHACH alapfeltevése, "amelyet ma már úgy fogalmazunk meg, hogy a strukturálatlan anyag rendezésében, alakításában az életünk során kidolgozott egyéni szemléleti, gondolkozási és viselkedési szokásaink érvényesülnek /MÉREI 1966/.

"A jelentésadás alakító munka, formát és értelmet kell adni a tartalmatlan foltoknak, asszociációk csak azután kapcsolódhatnak hozzájuk" /SZEGEDI 1968/.

A teszt lényege, hogy a személyiség egészét vizsgálja. A megoldásban az egyes készségek, képességek a személyiség egészének irányulásának, típusának alárendelve érvényesülnek. Ugyanakkor dinamikus, hiszen nem annyira a teljesítményt, hanem inkább a hozzávezető utat, vagyis a cselekvés motivációját jellemzi, tekintve, hogy nem egyértelmű ingerre felel. Így a válaszokba érzelmek, vágyak, lappangó gondolatok "projektálódnak."

A projekció elnevezés egy jelenség magyarázatának önkényes kiterjesztésén alapszik. Mélylélektani értelmezésként meghatározott énmechanizmust értünk. A belső feszültség elleni védekezésnek egy formáját, amikor a személy az elhárított indulatot rávetíti a külvilágra. Az indulatnak az elhárító kivetítése, amelyet projekciónak nevezünk a Rorschach-próbában, de a többi u.n. projektív tesztben általában ritka. Inkább ugynevezett

"tükröző tulajdonítás" érvényesül, amikor a többértelmű ingeregységes tükörként szerepel, és amit mond, önmagáról mondja el. A v.sz. szinte az ábrándszövését folytatja a foltok értelmezésében. Ilyen a motiváló vagy a recipropek tulajdonítás is. A v.sz. olyan vonásokat ruház rá a világra, amelyek sokszor irreális magatartását megindokolják.

"A projektív szó tehát jelentésváltozáson ment át, köre kibővült, s ma már éppen a projektív teszt elnevezésének megfelelően, a tulajdonításnak valamennyi itt felsorolt értelmét magában foglalja, és nagyjából azt fejezi ki, hogy többértelmű felszólítással bíró inger esetén szükségleteinket, vágyainkat, ki nem mondott gondolatunkat és indulatainkat is beleszőjük a reakcióba. E jelenségkör minden változatát - beleértve az elhárításos projekciót is - az jellemzi, hogy a személy olyan tulajdonsággal ruházza fel az ingert, amely nincs meg benne.

Ebben az értelemben projektív teszt a Rorschach-próba, a többértelmű felszólítással szemben a reakcióba belefonódnak a személyiség jellegzetes vonásai, s ezt az egyéni többletet kiolvashatjuk a válaszokból" /MÉREI 1966/.

A vizsgálat anyaga tíz képből áll, melyek véletlenszerűen alakultak, egyrészt fekete, másrészt fekete-piros, és közülük 3 kép színes festékfoltokból. A képeket a v.sz.-eknek jelentésadás feladatként adjuk kézbe. A vizsgálatot négy szemközt végezzük, és az értelmezés közben minden megjegyzést, a v.sz. viselkedését jegyzőkönyvezzük.

Dg. _____

Klinikai kérdések

[illegible]

A vizsgálat végén jelöljük a válaszokat. Az értelmezés az egész foltra, vagy csak egy részére vonatkozik-e. Keltett-e valamely folt mozgásélményt vagy sem? A válaszban a formát helyezte-e előtérbe, avagy a válaszadásban az árnyékolás vagy a színek az elsődlegesek.

Majd csoportosítjuk a válaszokat tartalom szerint. Embert, állatot, esetleg testrészeket, vagy állatrészeket lát-e, avagy különböző tárgyakat, diszitó motívumot, stb. Lényeges szempont, hogy a v.sz. mutat-e magatartásban változást egyes képek, esetleg a színes képek esetében, melyik táblánál tagadja meg a válaszadást, vagy elakad-e, milyen sorrendben következnek az egész, a rész-feleletek, a fehér "negatív" foltokat értelmezi-e, a mozgásértelmezések és a színes tábláknál a feleletekben a színek szerepének súlya, azaz a színfeleletek aránya, stb. Kitérünk a válaszok gyakoriságára, vulgárisak vagy originálisak-e?

A továbbiakban figyelembe vesszük az u.n. különleges reakciókat. Ezek anyaga igen változatos. 15 csoportban 137 különleges reakciót használnak a személyiség vizsgálói /Lásd a mellékelt jegyzőkönyvi mintát/.

"A Rorschach-teszt több száz jelenséggel, valamint ezekből számított mutatókkal dolgozik. A teszt-jegyek nagy részének ismert és igazolt a magatartási meg-

felelője. E nagyszámu jelenség-gyűjtemény finom, a személyiségnek megfelelő, egyénien differenciált megismerését teszi lehetővé. A Rorschach-eljárás egyike a legbonyolultabb személyiségvizsgálati metódusoknak" /SZEGEDI 1968/.

A mutatók kiszámítása, megállapítása után a v.sz.-t a saját csoportjának standarjához viszonyítjuk. Az így nyert támpontokat egybevetjük a jegyzőkönyv más adatainak ugyancsak a standardról leolvasott támpontjaival. Főként azokkal a jegyekkel kell egybevetnünk, amelyek egyik-másik jelentést megerősítik, ellensúlyozzák, vagy éppen kizárják.

Végezetül hangsúlyozom, hogy a klinikai pszichológiában használt Rorschach-vizsgálat legújabb értelmezésében semmiképpen sem a kórlélektani folyamatokat ragadjuk meg. A vizsgálat a normális személyiségnek, a normális tudatműködésnek, affektivitásnak és szociabilitásnak mutatóit határozza meg, és ezekhez viszonyítva következtetünk esetleges kóros változásokra.

LÜSCHER-próba

Klinikai alkalmazása /módosított változat/

Régi feltevés, hogy a színek a különböző lelkiállapotokkal összefüggésben vannak, és így a színeknek érzelmi-indulati felhívó jellegük van. Minden "felt-

LÜSCHER

I. Szürke sor

II. 8 szín

	+	=	-
1.			
2.			

III. Páros táblák

		I ₁	D ₂	O ₃	P ₄
négy alap-szín	1				
	2				
kék	1				
	2				
zöld	1				
	2				
vörös	1				
	2				
sárga	1				
	2				

IV. Összesítés

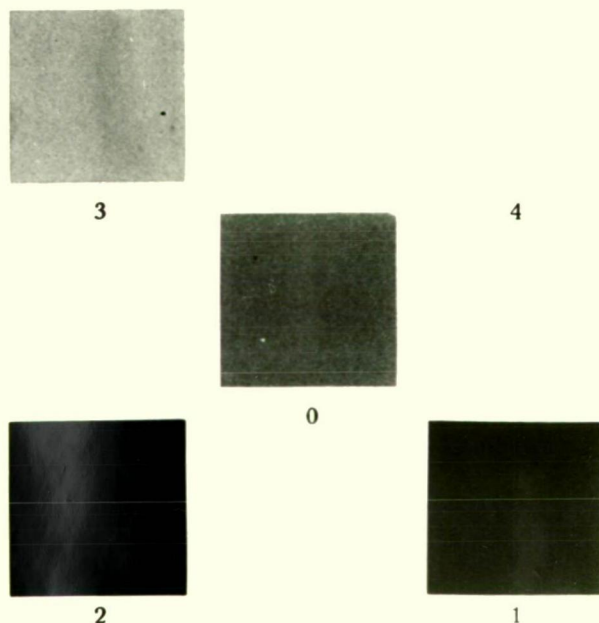
	I	D	O	P
K				
Z				
V				
S				
4 színsor összege				
Normál övezet	3—7	3—8	5—10	3—9
+ vagy—				

értelmezési eljárás", így a Rorschach-próba is, a színek korrespondenciáját figyelembe veszi. Feltevések szerint a klinikai értelmezésben a fekete a neurosis, a fehér a schizophrénia, a vörös az infantilizmus előnybe helyezett színe lenne. A zöld kiegyensúlyozott kapcsolatokat, a lila affektív anomáliákat jelezne.

Használt eljárásunkat LÜSCHER /1949/ svájci pszichológus állította össze. Technikai eljárása és értelmezése azóta számos változáson ment keresztül. Jelenleg az 1964-ben kiadott módszert tekintik irányadónak. Érdeme ennek az eljárásnak az egyszerűség és a többszöri megismétlés lehetősége. Az irodalomban "Nagy Lüscher-sorozat" néven szerepel. Hét táblából áll.

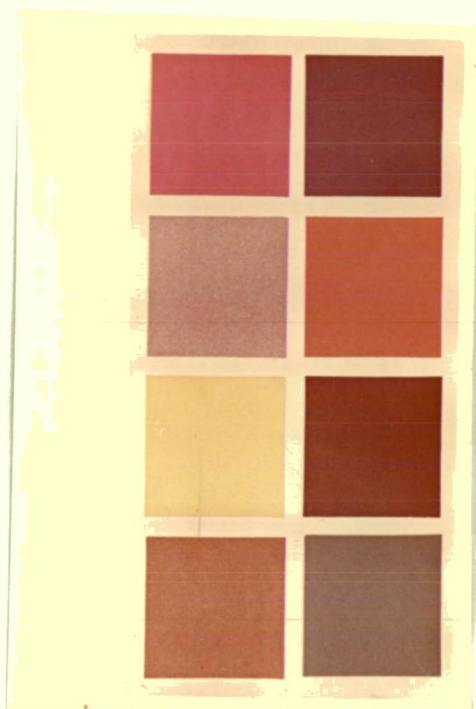
1. Szürke tábla.

Az akromatikus sorból öt szín szerepel 0-5-ig számozva, a fehér színtől a feketéig /6. kép/.



2. Nyolc szín-tábla.

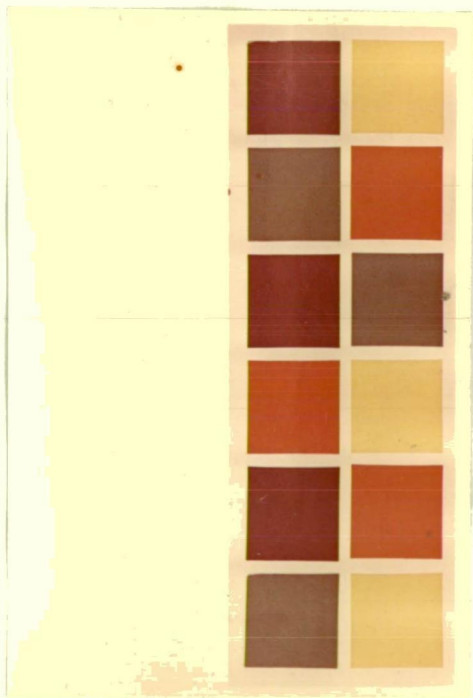
Négy alapszín /piros, zöld, kék, sárga/ mellett, további négy szín található /lila, barna, fekete, szürke/, amelyek másodlagosnak tekinthetők. 0-7-ig terjed számozásuk /7. kép/.



7. kép

3. Négy alapszín-tábla.

A négy alapszín mindig más színnel való párosítása szerepel /8. kép/.

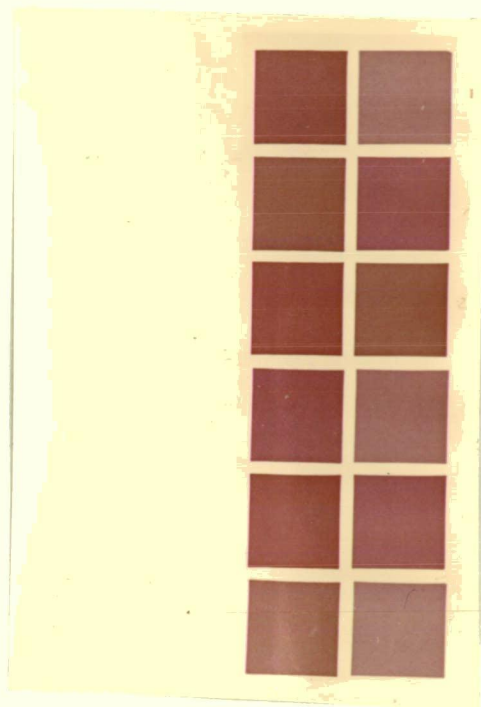


8. kép

4. Kék-variációs tábla.

Ez a tábla a kék szint,
valamint ennek a zölddel,
vörössel, sárgával kevert
változatát tartalmazza

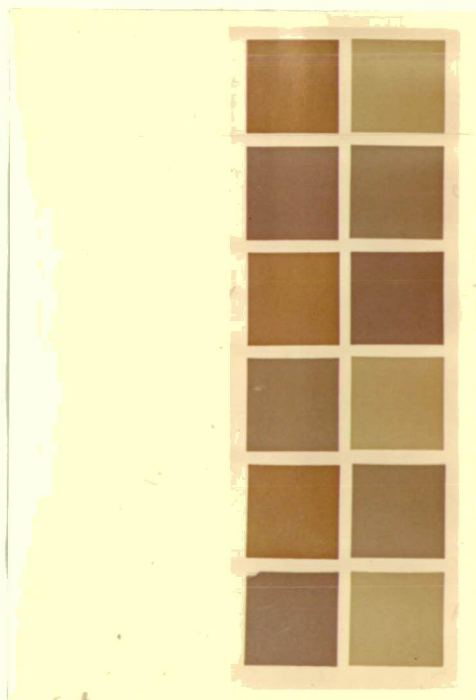
/9. kép/.



9. kép

5. Zöld-variációs tábla.

Alapszine a zöld, majd
ennek variációi követ-
keznek /10. kép/.



10. kép

6. Vörös-variációs tábla.

Alapszine a vörös szín,
majd ennek késsel, zölddel
és sárgával kevert válto-
zatát tartalmazza

/11. kép/.



11. kép

7. Sárga-variációs tábla.

A sárga alapszin mel-
lett az előzőkhöz ha-
sonló variációk szere-
pelnek /12. kép/.



12. kép

Az első és második táblánál az összes színeket exponáltatjuk, ahol a v.sz. a színek közül választ. A szürke táblánál először a tetszetősebbet, majd a következő tetszetős szint választja. A nyolc szín-táblánál a legtetszetősebb után a másodszorban, majd harmadszorban, negyedszorban, és végül ötödszorban következő szint, majd a legkevésbé, és az azt követő nem tetsző szint választja a v.sz.

A négy alapszín és a variációs táblák esetében kettésével exponáltatjuk a színeket, amelyek egy kartonlap ablakos kivágásában láthatóak. Mindig csak két szín látható, amelyből a jobban tetszőt kell kiválasztani.

A vizsgálat folyamán választott színeket, illetve azok számait a jegyzőkönyvön feltüntetjük. A vizsgálat után a négy alapszín-tábla, valamint a variációs táblák adatait az összesítő rovatba vezetjük, majd "oszloponként" összeadjuk /Lüscher-jkv./. Az összesítésbe csak a kék, zöld, vörös és sárga táblák megfelelő sorait összegezzük, a négy alapszínnek megfelelő sort nem adjuk hozzá. Az oszlopok /I, D, O, P/ összegezése alatt találjuk a "normál övezet" értékeit. Ha a v.sz. adatai ettől eltér, pl. ha magasabb az elért érték, akkor +, ha az elért eredmény alacsonyabb értékű, - jelet írunk az u.n. plusz vagy mínusz sorba. Ha a ka-

pott érték a jelzett, vagyis a "normál övezet"-en belül marad, akkor = jelet alkalmazunk.

Lüscher a színeket értelmezte, jelentéseit kombinálta. Megjegyzendő, hogy a meghatározások eléggé általánosak. Legtöbbjük szinte mindenkire ráillenek. A psychodiagnostikai munkához kevés támpontot nyújtanak. Az Országos Ideg- és Elmeógyógyintézetben folyó vizsgálatok, illetve az ott módosított eljárással ezeket a hiányosságokat igyekeztek kiküszöbölni. Mi is ezt a változatát alkalmaztuk. Elszakadtunk a szín-korrespondenciák hagyományos feltevéseitől, csupán azt fogadtuk el, hogy a színek érzelmi-hangulati reakciókat váltanak ki. Így a színválasztás utalhat a személyiség állapotára. Hogy a választások milyen kórtani egységre vagy tünetre jellemzőek, azt nem a színek jelentősége szerint értelmezték, hanem statisztikailag próbálták kimutatni. A szignifikáns különbségeket diagnosztikai támpontoknak tekintették függetlenül attól, hogy megfelelnek a színelméleti jelentéseknek vagy nem, vagyis a modern testpsychológiában alkalmazott konceptualizálás útját követték. Természetesen e megoldás kompromisszumos. A mutatókat végül is a színelmélet fogalmaival összevetjük. Ez vitathatóvá teszi a támpontok magyarázatát, értelmezését. Viszont sokszor jelzéseket kaphatunk, melyek diagnosztikai értékűek lehetnek. Természetesen többoldaluan

ellenőriztük a többi eljárásokkal, explorációval, stb. Önállóan soha sem értékeltük.

A Zulliger-próba

Ezt az eljárást ZULLIGER /1962/ svájci pszichológus állította össze, melyet a Zulliger-diapozitiv-teszt /csoportvizsgálatra használták/ tapasztalatai után dolgozott ki. A Rorschach-próba elveit követi, ugyancsak feltértelmezésen alapul. Lényege, hogy egy fekete, egy színes, és egy fekete-piros, vagyis 3 táblából áll. A vizsgálati idő lényegesen megrövidül. A válaszok jelölését, értékelését, a mutatók értelmezését a Rorschach-próbánál alkalmazott módon végeztük. Tapasztalatunk, hogy - különösen nagyszámu anyag esetében - jól alkalmazható, és a kapott személyiség-rajz a Rorschach-próbával igen jól korrelál. Tekintve azonban, hogy a három táblára adott válaszok száma, különösen a "szükszavuk" esetében, sokszor igen gyér, lényeges és pontosabb adatok szükségessége esetén az eredeti Rorschach-próbát előnybe helyezzük.

Rajzok

A rajzok általában - és így a Fa-rajz, valamint Ember-rajz eljárások is - a kifejezés, a közlés formája. Egy folyamatnak sémában való ábrázolása. E sémában igen gyakran az emocionális állapot, pl. szorongás, félelem,

vagy vágyállapot, aktuális "stress-helyzet", mint a személyiség-struktúra jellegzetességei, megjelenhetnek jelzésként, amit a későbbiekben, az exploráció folyamán kell tisztázni, illetve a többi eljárások eredményeivel összevetni. Így sokszor értékes támpontot nyújthat a diagnosis felállításában. A rajzolásra felszólításokkor érvényesülhet SZMIRNOV /1967/ megállapítása, hogy a direkt ingerlésnek /psychés ingerlésnek/ kitett idegrendszeri struktúrák résztvesznek az agykéreg és a kéregalatti, azaz subcorticalis területek kölcsönhatását megvalósító fiziológiai folyamatokban és az érzelmek szubjektív megnyilvánulásaiban. "A rajzolással psycho-therapiás önfeltárássra és lereagálásra is gyakran mód nyílik" /BÖSZÖRMÉNYI-MOUSSONG-KOVÁCS 1968/.

Vizsgálatainkban a rajzolást a gyógyszerhatás regisztrálására is alkalmaztuk, mellyel értékes támpontokat kaptunk a betegek psychés állapotában bekövetkezett változásokra.

Psychotrop szerekkel és a gyógyszeres kezelés folyamán a gyógyulás folyamatának ellenőrzésére hazánkban HÁRDI /1964/, a személyiség fejlődésére és egyes tendenciáira HARSÁNYI /1964/ szereztek tapasztalatokat.

a/ KOCH-féle Baum- /fa-rajz/ teszt /1957/

Kötött témájú rajzteszt. A v.sz.-el fát rajzoltattunk a következő felszólítással: "Rajzoljon egy fát,

akármilyent, csak ne fenyőfát!" /A fenyőfa alakja kifejezetten sematikus, és ezért kevés szerep jut az egyéni megoldásokra, kifejezésekre./ A rajz elkészülte után ismét felszólítjuk a v.sz.-t, hogy megint rajzoljon egy fát, akármilyent, csak ne fenyőfát. A második fa általában nem azonos az elsővel /illetve azonosság esetében jelzésül szolgálhat pl. a v.sz. esetleges zavart személyiségállapotának/.

Értékeléskor figyelembe vesszül a papír területének kihasználását, a fa elhelyezését és nagyságát, a fa arányait, a kirajzolt részeket, járulékos ábrázolást /pl. madarat, fészket, stb.-t is rajzol/.

b/ Kettős emberrajz-eljárás

E rajzeljárást KAREN MACHOVER /1960/ dolgozta ki. A tudat- és személyiségtartalmak, valamint sajátságok tükröződhetnek a rajzokban. Alkalmazásával sokszor adatokat kaphatunk az egyénről. A v.sz.-ekkel emberalakot rajzoltattuk, majd ennek elkészülte után egy ellenkező nemű emberalakot rajzoltattunk. A rajzokat nem az eredeti értelmezéssel értékeltük. A rajz elhelyezését, szerkezetét, kidolgozását, összebenyomásul szolgáló teljességét néztük. Jól regisztrálta a gyógyszeres beavatkozás kedvező hatását, illetve a betegek aktuális állapotát. A változatlanság is jól kivehető volt.

Természetesen ezt is csupán kiegészítő eljárásként alkalmaztuk, és az exploráció alapjául szolgált.

Az exploráció

Végül emlitem meg az egész vizsgálat szinte leglényegesebb vizsgálatát, az explorációt, a v.sz.-el történő elbeszélgetést.

Miután vizsgálati személyeinkkel többször találkoztunk, alapos, mély feltárássra, megismerésre volt lehetőségünk.

Megfigyeltük betegeinket a kórteremben, járás közben, vizsgálatra jövetelkor, az arc külső kifejezését, az egész testtartásukat.

Beszélgetéskor megfigyeltük, hogy a v.sz. szófukar vagy fecsegő-e, zárkózott, szorongó, vagy élénk, közlékeny. A beszélgetést már a vizsgálat elején elkezdtük. Barátságos, szinte "csevegő" módon, hogy a vizsgálati szituáció-okozta feszültséget némileg feloldjuk.

A vizsgálatok elvégzése után, majd ezt követően is - szükségszerűen - érdeklődtünk a beteg állapota iránt, problémái után, valamint a vizsgálatok elvégzésével, az egyes felhívó jegyekkel kapcsolatban érdeklődtünk, és tisztáztuk a kérdéseket. Első beszélgetéskor elmondattuk egész életük történetét.

AZ ELVÉGZETT VIZSGÁLATOK TAPASZTALATAI

A mellékelt "Intelligencia-vizsgálati sémá"-ban található eljárásokat /Bourdon-, összehasonlító-, Ziehen-, definíciók, stb/ csak a vizsgálatok első szakaszában végeztük /18 betegen/, majd áttértünk az értékesebb adatokat nyújtó HAWIK-intelligencia-vizsgálati eljárásra, amint ezt már az előbbieken jeleztem.

Az elvégzett vizsgálatok esetében azt tapasztaltuk, hogy a teljesítmények az első vizsgálatokkor nagyfokú figyelem- és megjegyző-, megtartó emlékezés, valamint az ismeretek felelevenítési képességének zavara mutatkozott. A teljesítmények mélyen alatta maradtak a várható eredményeknél, amelyeket iskolai végzettségük, munkakörük, valamint az anamnézis és exploráció alapján elvárhatók voltak.

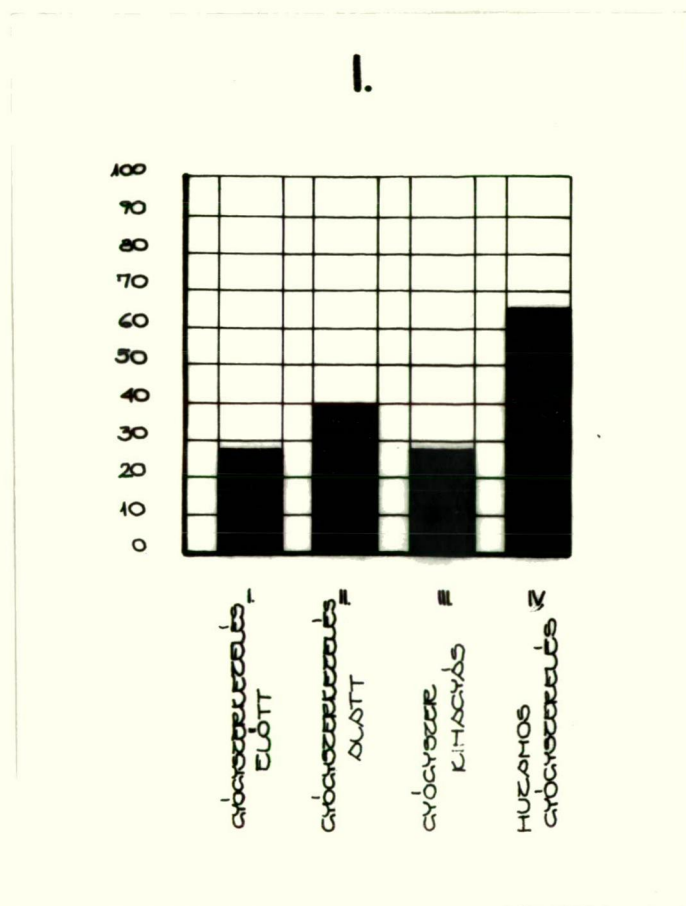
A teljesítmények a gyógyszerelés után lényegesen emelkedtek, majd a gyógyszer kihagyása után ismét hanyatlottak. Részletesebb eredményeket az egyes egyének "esetismertetései"-nél, teljesítményük bemutatásának részében közlök.

A 1o próbából álló eljárás

Ezt a vizsgálómódszert első ízben a klinikai kivizsgáláskor végeztük /I. vizsgálat/, a betegség tisztázása után pantothensav-pyridoxin-kezelés után másodízben /II. vizsgálat/, az ezt követő "placebó-kezelés" /indifferens/, tehát az adaequat therapia kihagyása után /III. vizsgálat/, majd huzamosabb ideig tartó gyógyszeres kezelés /4-6 hónap/ után végeztük el /IV. vizsgálat/. E tervszerű vizsgálattal tíz beteget sikerrült figyelemmel kísérnünk.

Ennél az eljárásnál is érvényesek a fentiek, vagyis az, hogy meglepően alacsony teljesítmény regisztrálódott az első vizsgálatok alkalmával, Megfigyelésre kerültek érettségi előtt állók, egyetemi hallgatók, akik addigi szereplésükhöz mértén megdöbbentően alacsony szintet produkáltak. Viszonylag jó adottságok mellett, feltűnő volt a gondolkodás rigiditása, a rugalmasság hiánya.

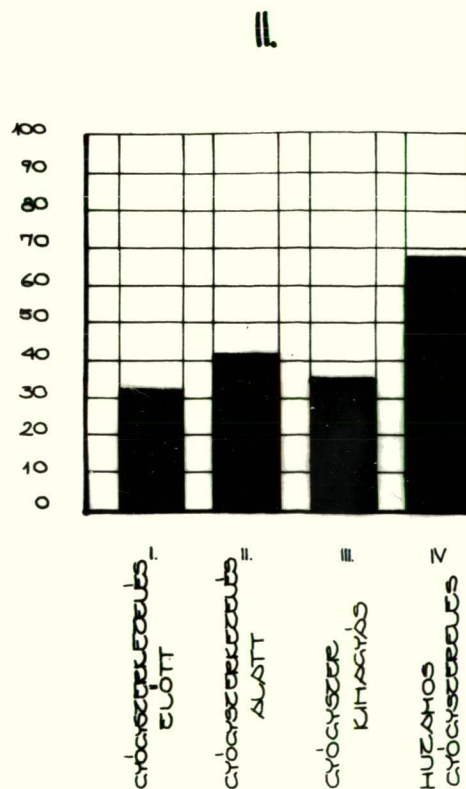
Az I. részpróba: hasonlóság-különbség felismerésében az I. vizsgálatkor az össz-átlag csupán 28 %. Gyógyszeradás után /II. vizsgálat/ a teljesítmény 41 %-ra emelkedett. A III. vizsgálat után - placebo után - visszaesett 39 %-ra, majd tartós therapiás kezelésre a teljesítmény átlaga 64 %-ot ért el /13. kép/.



13. kép

II. részpróba: analógia-alkotás.

Ennél a vizsgálatnál az I. vizsgálatkor a csoport átlaga 33 %, a II. vizsgálatkor 42 %, a III. vizsgálatkor 34 %, és a IV. vizsgálatkor a teljesítmény már 67 %-ra emelkedett /14. kép/.

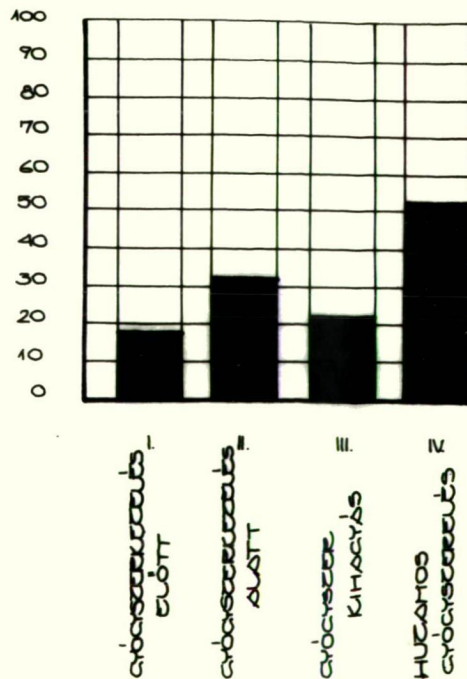


14. kép

III. részpróba: táviratírás.

Ebben az eljárásban a lényegmegragadás képességére kapunk választ. Itt kaptuk a legalacsonyabb eredményeket, még az egész vizsgálati methoduson belül is. Az I. vizsgálat középaránya 18 %, a II. vizsgálatkor elért eredmény 32 %, a III. vizsgálat esetében 21 %, és a IV. vizsgálatkor teljesítményük már az 51 %-ot éri el /15. kép/.

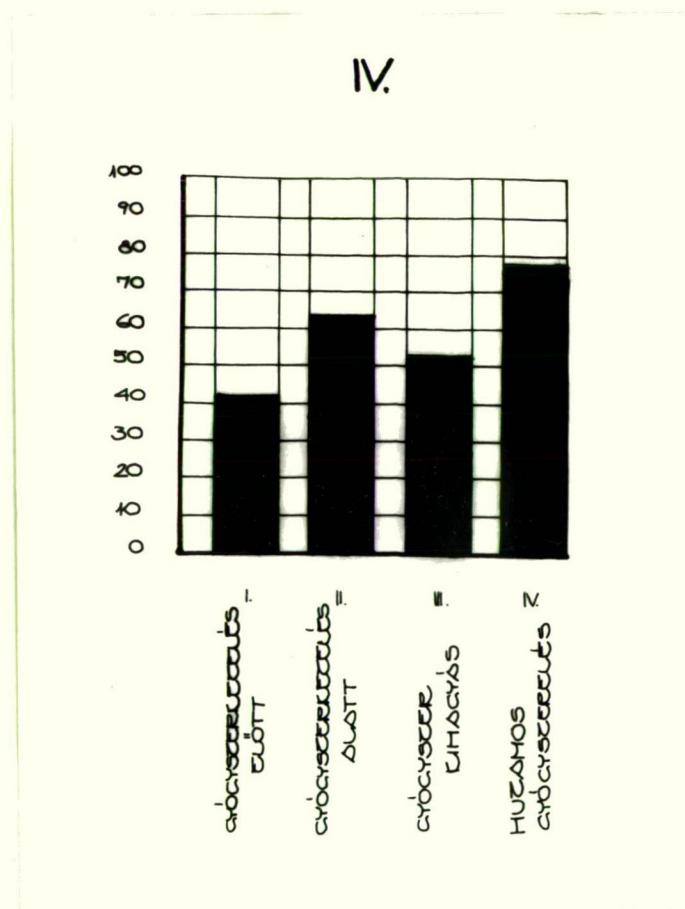
III.



15. kép

IV. részpróba: szövegkiegészítés.

A jelentésmozzanat és az egész globális felismerésben az I. vizsgálat teljesítménye 41 %, a II. vizsgálatkor 63 %, a III. vizsgálatkor 52 %, és a IV. vizsgálatkor 77 % /16. kép/.



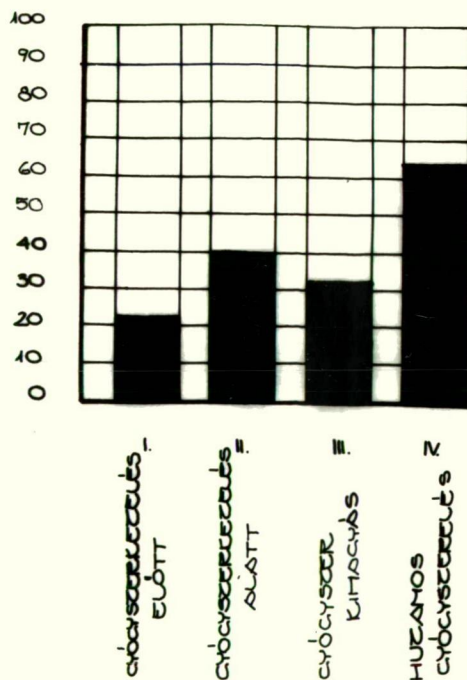
16. kép

E részpróbában is meglepő a kombináló készség és az asszociáció merevsége.

V. részpróba: ábrásor folytatása.

Itt, ahol ugyancsak a logikus gondolkodás, a szabályszerűség felismerési készség érvényesül, hasonlóan sívárság tükröződik. Az I. vizsgálat teljesítménye 22 %, a II. vizsgálat 39 %, a III. vizsgálat 32 %, és a IV. vizsgálat 63 % /17. kép/.

V.



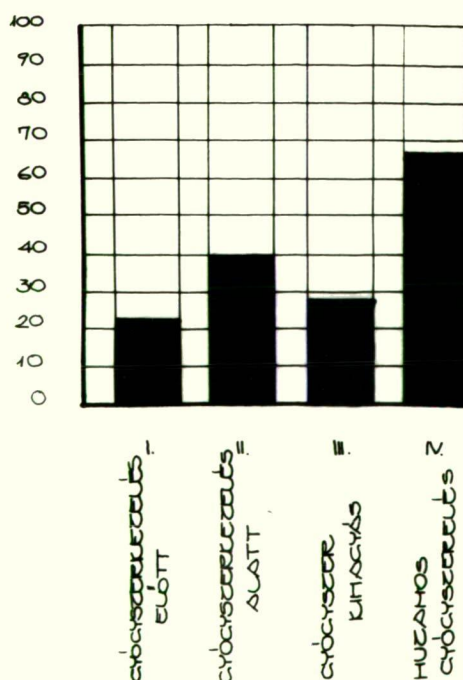
17. kép

VI. részpróba: beillesztés.

Ebben a részben a térszemléleti képesség, az elképzelés élénksége jut kifejezésre. Szemléletesek az eredmények, hogy a rugalmasság hiánya, a gátlásosság e részt mily nagy fokban érintette. Egyik betegünk, aki felsőgépipari technikumban jelesen érett, a vizsgálatkor II. éves műegyetemi hallgató, gépészeti szakon, ugyancsak a tőle várható nivón, de lényegesen alacsonyabb szinten teljesítette a feladatot.

Az I. vizsgálat átlageredménye 22 %, a II. vizsgálaté 40 %, a III. vizsgálaté 28 %, a IV. vizsgálaté 68 %
/18. kép/.

VI.

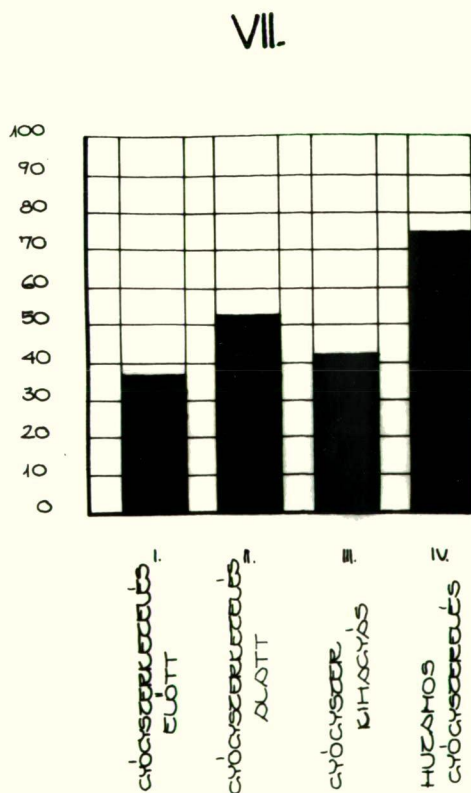


18. kép

VII. részpróba: bevásárlás.

Ebben a feladatban a praktikus munkatervezés kapcsán a kombinációs készségre, a rendezési képességre következtethetünk.

A vizsgáltak a már célzott psychés állapotuk hatására szintén alacsony szintet értek el. Az I. vizsgálat átlaga 36 %, a II. vizsgálaté 51 %, a III. vizsgálaté 41 %, és a IV. vizsgálaté 74 % /19. kép/.

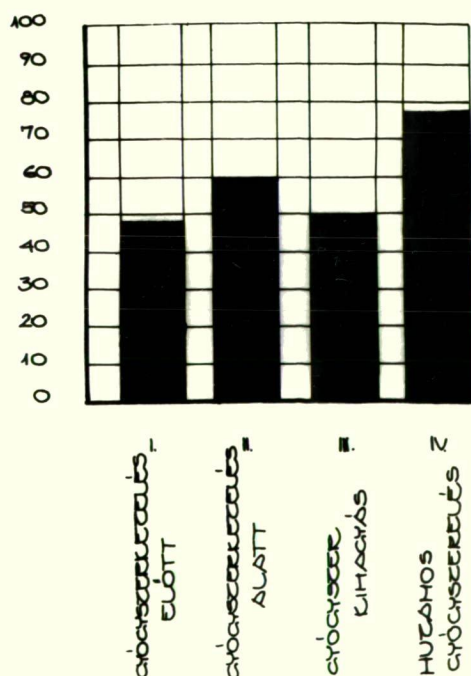


19. kép

VIII. részpróba: számolás /figyelem/.

E módszerrel a figyelem koncentráció képességére kapunk adatot. Beteganyagunkra a figyelem nagyfokú zavarára jellemző. Az I. vizsgálat átlagos teljesítménye 47 %, a II. vizsgálaté 60 %, a III. vizsgálaté 50 %, majd a IV. vizsgálaté 78 %. Jellemző a kedvező somatikus állapotban a rendeződés szakában a figyelem javulása /20. kép/.

VIII.



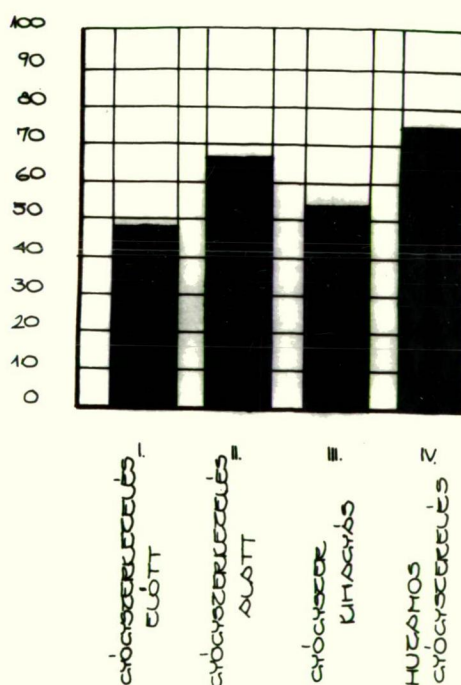
20. kép

IX. részpróba: akusztikai név- és számemlékezet.

Ugyancsak a figyelemre és a megjegyző emlékezetre vonatkozóan informálódhatunk.

I. vizsgálat átlaga 48 %, a II. vizsgálaté 66 %, a III. vizsgálaté 54 %, a IV. vizsgálaté pedig 74 %. Erre a zónára is vonatkozik a fentebb közölt megjegyzés /21. kép/.

IX.

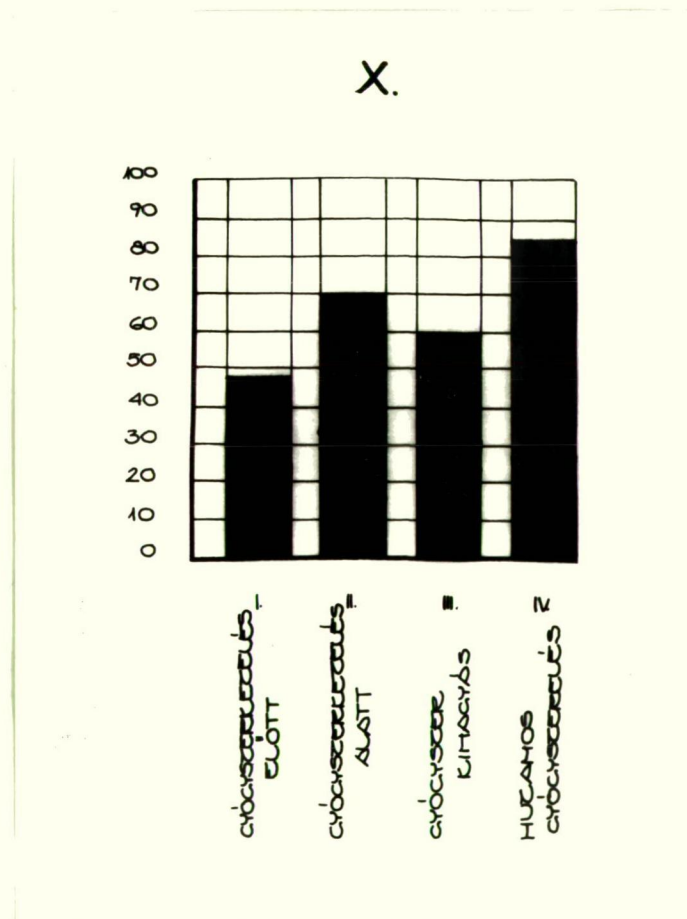


21. kép

X. részpróba: optikai név- és számemlékezet.

A vizsgálat neve jelzi, hogy ugyancsak a figyelem és megjegyzőkéesség fokát mutatja az optikai szemlélet segítségével.

Az I. vizsgálat eredményének átlaga 47 %, a II. vizsgálaté 70 %, a III. vizsgálaté 60 %, és végül a IV. vizsgálaté 84 % /22. kép/.



22. kép

Wechsler-próba

A Wechsler-próbát is a teljesítmény mérésére alkalmaztuk elsősorban. Intelligencia-tesztnek csak annyiban használtuk, hogy a mutatók szerint egyes betegek beletartoznak-e a szellemi fogyatékos övezetbe. Ugyanis némelyik beteg külső megítélésre, a velük való beszélgetés nyomán intellektuálisan oly sivárnak látszottak, hogy egyik-másik kezelőorvos oligophrennek vélte őket, legalább is ilyen kételyek támadtak velük kapcsolatban.

Hangsúlyoznunk kell, hogy a vizsgált beteganyagra általánosan jellemző:

- a/ a Wechsler-próbában elért teljesítmény, az IQ-ük szerint egy sem tartozik a szellemi fogyatékos övezetbe;
- b/ első vizsgálatkor teljesítményük felhívó jelleggel alacsony volt - amit már többször kiemeltem -; ebben nem volt kivétel sem általános iskolai- vagy gimnáziumi tanuló, sem munkás, földműves dolgozó, sem pedig orvostanhallgató vagy más egyetemi vagy főiskolai hallgató, sem pedig háztartást végző egyén sem;
- c/ a pantothensav-pyridoxin kezelésre teljesítményük meglepően, rapidan javult olyannyira, hogy néhány esetben az előző intelligencia-kategóriánál két

kategóriával feljebb került a teljesített IQ alapján /ezt a lényeges emelkedést nem tapasztaltuk a kontroll-csoportnál/;

d/ egész értelmi strukturára jellemző a műveletek rugalmasságának hiánya, amint feladatmegoldó helyzetbe kerülnek, meglassubbodnak és színvonalukon alul teljesítenek;

e/ ugyancsak gyenge pontjuk a vizuo-motoros koordináció hiánya;

f/ a három mozzanat: a rugalmasság hiánya, a meglassubbodás, koordinációs zökkenők, organikus károsodásra utal!

A "betegcsoport"-tal szemben kontroll-csoportot is felállítottunk. Ezeknél a fent felsoroltakat nem észleltük. Az első vizsgálatnál már színvonaluknak megfelelően teljesítettek. A második vizsgálatot 8-10 hónap múlva ismételtük meg. Azt tapasztaltuk, hogy a normál kontroll-csoportnál szintén javult némileg az IQ, de nem oly ugrásszerűen, mint a betegcsoportban. Ez összefügg azzal, hogy időközben ismeretanyaguk is lényegesen bővült /gimnáziumi tanulók, egyetemi hallgatók, általános iskolai tanulók/.

<u>Lymphogen betegcsoport</u>			<u>Kontroll-csoport</u>	
	1. vizsg.	Gyógyszer utáni vizsg.	1. vizsg.	2. vizsg.
Verb. iq.	92	103	98	100
Perform. iq.	92	107	91	94
IQ.	92	106	95	97

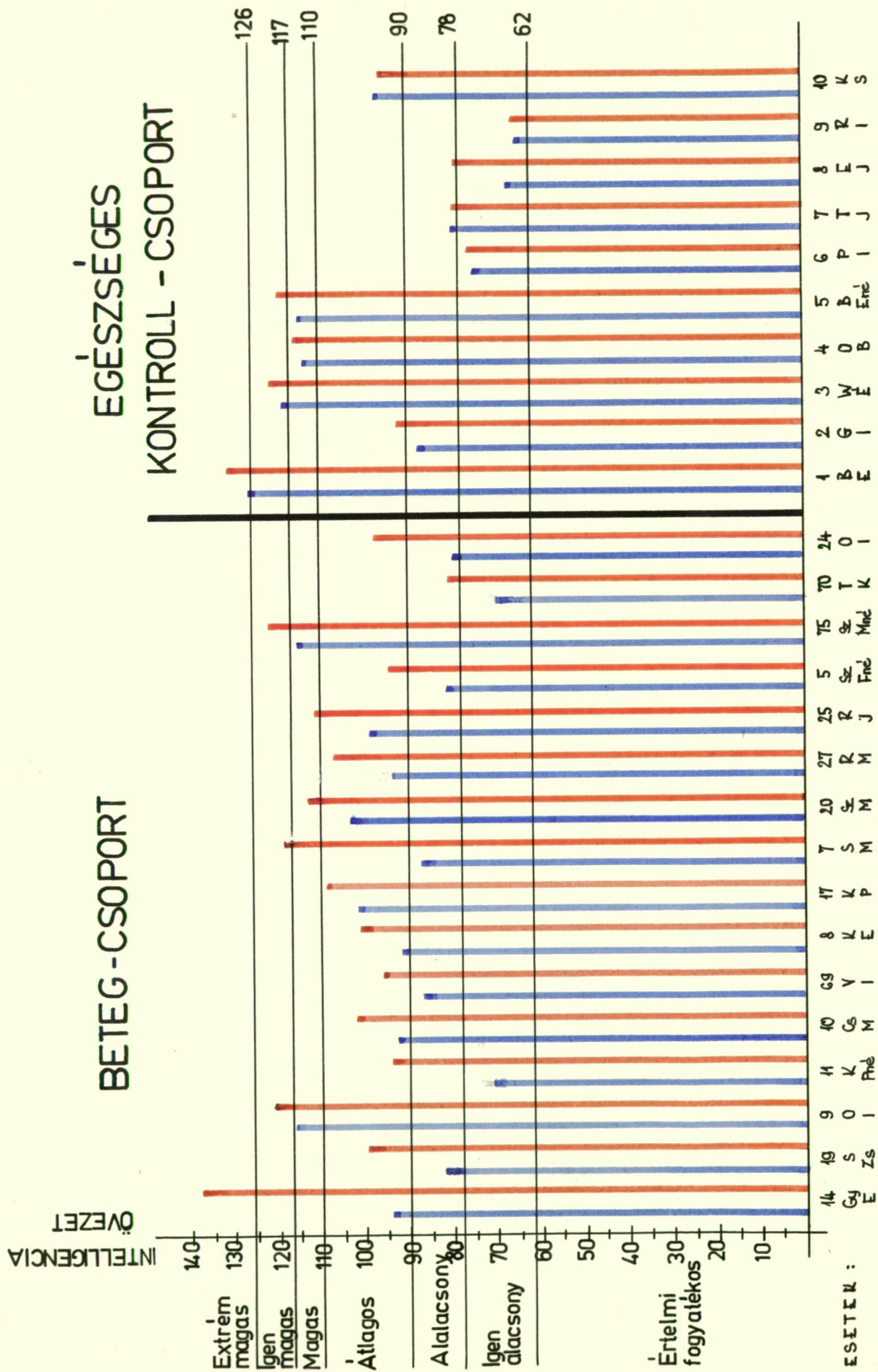
A Wechsler-próbát a tervezés szerint a betegcsoportban 16 esetben tudtuk elvégezni, amelynek adatait a szignifikancia számítására figyelembe vehettük. Voltak, akik vagy ellenőrző vizsgálatra nem jöttek el, mások nem a megbeszélte időben érkeztek, vagy vidékiek lévén elutaztak, így a pszichológiai vizsgálatokat egyes esetekben mellőznünk kellett. Egyébként megállapításaink reájuk is vonatkoznak.

Az egészséges kontroll csoport 10 főből állott.

A két csoport első és második vizsgálat teljesítményét a következő grafikon szemlélteti /23. kép/.

Az alábbiakban ismertetem a statisztikai számítás idevonatkozó részét.

A Wechsler-féle intelligencia-vizsgálat adatait összevetve, az alábbiakat észleljük. A verbális részben az A /beteg/ csoportnál, ha összehasonlítjuk az első vizsgálatot /mérést/ a második vizsgálatával, akkor azt lát-



juk, hogy a kettő között átlagban a különbség: $11,75 \pm 1,97$.
Ez szignifikáns változás, miután a p 0,1 %.

Ha ugyanezt megnézzük a performációs részben, azt találjuk, hogy a terapia megkezdése előtti és a gyógyszeres terapia utáni vizsgálatok eredményeiben a különbség $15,69 \pm 2,34$, ami ugyancsak szignifikáns változást mutat, miután a p 0,1 %.

Az IQ esetében a változás: $14,75 \pm 2,49$. Ez is szignifikáns eredmény: $p = 0,1\%$.

Az egészséges kontroll-csoport adatainak számítása-
kor is szignifikancia mutatkozik. A második vizsgálat ada-
tai is emelkednek. Ez abból adódik, hogy a vizsgálatok
egy része egyetemi hallgató, középiskolás volt, akik egy-
részt ismereteik bővülésével, másrészt a második vizsgá-
latkor felszabadultabban végezték feladataikat.

Az intelligencia verbális oldalának a két vizsgálat közötti különbsége: $1,8 \pm 0,72$, vagyis $p = 5\%$. A performációban: $3 \pm 0,94$, $p = 2\%$.

Az IQ összehasonlító adatai: $2,8 \pm 1,21$, p 5 %.

/Lásd a táblázatot!/

Mégis kiemelendő, hogy a gyógyszeresedés nélküli kontroll-csoportnál a változás /növekedés/ szignifikánsan kisebb, mint a gyógyszert szedő/beteg/ csoport esetében.

A verbális részben: A-B: $t = 3,87$, tehát $p = 0,1 \%$,
a performációs részben: A-B: $t = 3,67$, tehát $p = 1 \%$,
az IQ esetében: A-B: $t = 4,09$, itt a $p = 0,1 \%$.

A/ csoport /lymphogen encephalopathiások/

Verbális rész	Performációs rész	IQ.
-	-	-
x	x	x
11,75 ± 1,97	15,69 ± 2,34	14,75 ± 2,49
p 0,1 %	p 0,1 %	p 0,1 %

B/ csoport /egészséges kontroll/

Verbális rész	Performációs rész	IQ.
-	-	-
x	x	x
1,8 ± 0,72	3 ± 0,94	2,8 ± 1,21
p 5 %	p 2 %	p 5 %

A/ és B/ csoport összehasonlítása

Verbális rész /A-B/	Performációs rész /A-B/	IQ. /A-B/
t = 3,87	t = 3,67	t = 4,09
p 3,87 %	p 1 %	p 0,1 %

Wechsler-próbában elért eredmények megoszlása a beteg-
csoportban

Sor- szám	Esetek /szám, név/	Verbális iq.		Performáció iq.		IQ.		Intelligencia- övezet
		1.	2.	1.	2.	1.	2.	
1.	5.Sz.F.-né	80	88	87	100	83	94	alacsony átlagos
2.	7. S.M.	92	113	83	111	87	118	alacsony igen magas/!/
3.	8. K.E.	103	111	80	91	91	100	alacsony átlagos
4.	9. O.I.	110	126 126	119	119 119	116	123 123	magas igen magas
5.	10. Cs.M.	93	99	93	101	93	102	átl.alsó határ átl.középzóna
6.	11. K.P.-né	72	84	82	104	75	94	igen alacsony átlagos
7.	14. Gy.E.	101	136	97	136	95	139	átl.középzóna extrém magas/!/
8.	17. K.P.	104	108	97	107	101	109	átl.alsóhatárán átl.felsőhatárán
9.	19. S.Zs.	78	87	91	112	83	100	alacsony átlagos
10.	20.Sz. M.	94	105	105	120	103	114	átl.középzóna magas "
11.	24. O.I.	81	99	83	95	80	97	alacsony átlagos
12.	25. R.J.	98	108	97	112	98	111	átlagos magas
13.	27. R.M.	99	111	86	103	91	107	alacsony-átl.közt átl.középzóna
14.	69. V.I.	76	85	99	123	88	96	alacsony átlagos

Sor- szám	Esetek /szám, név/	Verbális iq.		Performáció iq.		IQ.		Intelligencia- övezet	
		V i z s g á l a t							
		1.	2.	1.	2.	1.	2.		
15.	70. T.K.	82	86	65	78	72	81	igen alacsony alacsony	
16.	75. Sz.M.- né	117	122	111	119	115	122	magas igen magas	

Wechsler-próbában elért eredmények megoszlása a kontroll csoportban

Sor- szám	Esetek /szám, név/	Verbális iq.		Performáció iq.		IQ.		Intelligencia- övezet
		1.	2.	V i z s g á l a t		1.	2.	
1.	B.E.	128	128	122	128	127	130	extrém magas extrém magas
2.	G.I.	97	99	81	85	88	92	alacsony felső zóna átl. alsó zóna
3.	W.E.	115	119	118	121	118	121	igen magas alsó zóna igen magas középzóna
4.	O.B.	117	119	108	111	114	116	magas középz. igen magas alsó zóna
5.	B.E.-né	117	123	111	119	115	122	magas felső z. igen magas középzóna
6.	P.J.	85	85	71	71	76	76	alacsony alacsony
7.	T.J.	84	83	78	78	80	79	alacsony alsó z. alacsony alsó zóna
8.	E.J.	76	80	64	70	68	79	igen alacsony középzóna alacsony alsó zóna
9.	R.I.	69	69	65	65	65	65	igen alacsony igen alacsony
10.	K.S.	100	99	93	93	97	96	átlagos átlagos

BENTON-próba /módosított változat/

E vizsgálatot az u.n. rajzolós technikával végeztük. A v.sz. 10 másodpercig szemlélte az ingermintákat, az egyszerű geometriai ábrákat, majd azokat emlékezetből lerajzolták az előttük lévő papírlapra. Ez azonos nagyságu a látott ingermintául szolgáló táblával. Tíz feladatot kellett a v.sz.-nek megoldania.

Neurochirurgiai intézetekben végzett Benton-vizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy e próba segítségével az agykárosodás helye feltárható. Kíváncsiak voltunk, hogy mennyiben kongruál e vizsgálat az EEG-görbékkel.

Beteganyagunknál végzett EEG az esetek 90 %-ában kóros volt. A kóros esetek 74 %-ában a kóros jelek a bal félteke tevékenységében jelentkeztek. /Itt említem meg, hogy a szemészeti elváltozások is túlsúlyban baloldalon voltak./ "E különös jelenség - a szemészeti és az EEG-elváltozások baloldali túlsúlya - magyarázatára csupán elméletet tudunk felállítani."

"Az experimentális lymphogen encephalopathia tanulmányozása során is azt találtuk, hogy egyrészt kuttyában az asymmetriás kamratágulat baloldalt gyakrabban jelentkezett, és hogy a nyaki nyirokkeringés zavara az agytörzsi formatio reticularis működésében

okoz elsősorban kóros elváltozást. Lehetséges, hogy a kóros EEG-megnyilvánulások azért gyakoribbak a bal oldalon, mert a formatio reticularis activatiós változásai a dominans baloldali féltekén szembetűnőbbek" /FÖLDI és munkatársai 1967/.

Az elvégzett Benton-jegyzőkönyvek szerint - mivel ez a próba az intellektuális színvonalról is tájékoztat - a teljesítmény a "Benton-érték", valamint a megengedett "hibaérték" szerint korrelál a Wechslerben elért "nívó"-val, annak IQ-ével.

Ha azonban nem az eredeti "szigorral" minősítjük a teljesítményt - a rajzokat -, hanem kritikusabban mérlegeljük azokat, érdekesnek tűnő "szabályszerűen" ismétlődő, szinte minden egyes v.sz. rajzában fellelhető eltéréseket észlelhetünk. Módszerünkben ezeket a "minóciózus jegyeket" jelzéseknek vettük a differenciáláshoz.

- Pl.:
1. rajzoláskor az egész kép balra tolódik, jobboldalon nagyobb az üres tér, mint az exponált ábrán,
 2. a balról jobbra huzott vonalak felfelé haladnak,
 3. a geometriai ábrák jobb fele aszimmetrikusabb, mint az ábra bal fele,
 4. a két nagy figura közül a jobboldalit kissé magasabbra rajzolják,

5. a jobboldali nagy figurát kiemelten, erősebb ceruzanyomással rajzolják,
6. jobboldali nagy figura enyhén torzított,
7. jobboldali kis figura enyhén torzított,
8. az ábrák jobb oldalán lévő vonalak többször meghuzottak, javított vonalkázások láthatók,
9. az egyébként is hibának veendő "Helyettesítés"-nél a hiba a jobboldali nagy- és kis figurák esetében fordulnak elő,
10. "Torzítás"-kor, amit amugyis hibának értékelünk, a jobboldali nagy- vagy kis figurák esetében gyakoribb,

A fent felsorolt "hibák" nem teljes számban lelhetők fel egy-egy vizsgálatkor, hanem e "hibák" közül néhány dominál. Ez az "eltérés" a teljesítményekben vizsgálatunk 90 %-ára vonatkozik.

Tudott, hogy a kéz, az ujjak az agykéregben kiterjedt reprezentációval rendelkeznek. A parietalis lebeny egyes részei járulékos mozgatóközpontoknak foghatók fel. Ugyanakkor a látóközpont az occipitalis lebenyben található /a "kereszteződés" folyamán mutatkoznak a "hibák" a jobb oldalra/. Mivel a Benton-próba az occipitalis és parietalis sérülések mutatója, a fentebb felsorolt apróbb tüneteket a kéreg funkcionálásának apróbb - organos hátterü - jelzésének tekintettük. A Benton-próbában észlelték egybevágnak az EEG-vizsgálatok leleteivel.

RORSCHACH-próba

Vizsgálatainkban jellemző FT /formatípus/ változatok:

G - D

Ez a változat szűkült látókört, a körülményekhez való tapadást, decentrálnálási megnehezültséget, nehéz alkalmazkodást jelez. Vizsgálati anyagunkban 70 %-ban fordult elő.

G - D - Do

A psyche kóros elváltozására, anomáliára utal. Gyenge teljesítő képesség. Nagyfoku gátlást jelez, ami a normális alkalmazkodást akadályozza. A személyiség kórosan beszűkült. 20 %-ban fordult elő.

D - Dd - Do

Ez azt valószínűsíti, hogy a gátlás kórosan megrontja a személyiséget. Súlyos alkalmazkodási zavarokat jelez. Néha G - D - zw - Do -ra módosul az FT. Lelkiismereti erős fékrendszerre utal. Ez a variáció 10 %-ban jelent meg.

A therapiás beavatkozásra a FT-ban változás annyiban fordult elő, hogy a gátlás, a szorongás oldódni látszott, a javult F + az aktivitás javulását mutatta, az alkalmazkodás javulására találunk jelzéseket a többi adatokat figyelembe véve. A FT általánosan G - D -re

módosult az esetek 80 %-ában. A többiekénél Dd, valamint kis %-ban zw és egész elenyésző számban Do is megtalálható. Mindenesetre az többi adatokat figyelembe véve, javulás regisztrálódik a személyiségképben.

A szukcesszió általában határozottan nem állapítható meg a kevés válaszsorszám miatt. A képzetáramlás sívársága jellemző a jegyzőkönyvekre. Ahol több választ kaptunk egy-egy táblánál, ott a szukcesszió szigorú, vagy szétesett. A szigorú szukcesszió a formális megoldás előnybe helyezését, a szétesett szukcesszió a tartásnélküliségét, a labilis viselkedést jelzi.

A formaválaszok sokszor eredménytelen értelmi erőfeszítés mutatói, ami kezelésre 80 %-ban jól működő, rendezett gondolkodásra fordul. A F + %- ennek megfelelően alakul. Az első vizsgálatkor gyakran alacsony értelmi teljesítményt regisztrál. A Wechsler-próbával összevetve, ahol saját átlagához mérten ugyancsak alacsonyabb szintű megoldás észlelhető, megerősíti a psycho-orgános tünetként jelentkező csökkent értelmi teljesítményt.

A színválaszok nem értelmezhetőek, mivel ezek alig fordulnak elő, vagy esetleg 1-2 színválasz található. Ugyanez vonatkozik a Hd válaszokra /árnyékolási válaszokra/ is. Ezek az élménytípust és az indulati típust módosítják.

Mozgásélményt kifejező válaszok/B, BF, stb/

Jegyzőkönyvként egy-egy válasznál többel nem találkozunk. Ez a már hangoztatott mentális rigiditást támasztja alá.

Élménytípus /ÉT/

Az élménytípus az esetek 70 %-ában koartatív, 20 %-ban koartált, 10 %-ban ambiekvális /egész enyhe formában jelződik/.

A koartált ÉT: beszűkült érdeklődést, beszűkült személyt, sivárságot, a külvilághoz való kapcsolatában közönyösséget mutat.

Koartatív ÉT: szintén a személyiség beszűkülése jellemző erre a csoportra; némi igény- és kapcsolódási törekvésre utal.

Ambiekvális ÉT: /alig éri el a határt, ami a koartatív csoporttól elválasztja/ fékezett személyiséget jelez, határozatlanságnak is egyik mutatója.

Therapiára a következőképpen variálódtak: a koartált ÉT-ből koartatív ÉT, az ambiekválisból szintén koartatív ÉT lett. Lényegében enyhe javulás látható.

Másodlagos formula /MF/

A MF az első vizsgálat alkalmával 70 %-ban sivár, 10 %-ban enyhén sensorális, és 10 %-ban enyhén kinesthesiás hangsúlyu, 10 %-a pedig kiegyenlített.

Sivár MF: az affektivitás kiszáradás jele, kevés a vágy, érdeklődése szűk, a képességekhez képest gyenge a teljesítmény.

Sensorális hangsúly MF: bár a szorongás kissé oldódott, de lényegében alig tér el a sivár IT-tól anyagunk, az eltolódás minimális.

Kinesthesiás hangsúly MF: nehezen viselik el a sikertelenséget, másokat okolnak miatta. A tulsuly igen enyhe, emiatt erre a csoportra is a fentiek vonatkoznak.

Indulati típus /IT/

Anyagunk 80 %-ánál az IT sivár; 10 %-ánál feszült, 10 %-ánál pedig enyhe Hd tendencia mutatkozik.

Sivár IT: sekélyes indulati életre, alacsony "hőfoku" kötődésre utal.

Feszült IT: az agresszív indítékot a szorongás ellensúlyozza, erős lelkiismereti aggály a jellemző.

Hd hangsúly IT: szorongást jelez.

Az indulati típus és az élménytípus viszonya

Beteganyagunkra az első vizsgálatkor a koartált élménytípus mellett, sivár indulati típus a jellemző. Ez csekély érdeklődésre, beszűkültségre enged következtetni. Ez a forma igen gyakori neurotikus, és főleg schizophreniás betegeknél. Ezt érdekes mutatónak tartjuk,

mivel az egyéb jelek is a schizophreniát, mint lehetséges kórformát, jelzik. Viszont az aránylag nagyszámu organikus jegy ezt úgy módosítja, hogy a schizoid képeket, mint reakciókat kell felfognunk, melyek neurotikus folyamat eredményei. Ezt erősíti az a körülmény is, hogy terapiás kezelésre mind az organikus, mind a schizophreniára utaló jegyek - mint kórjelzők - teljesen eltűnnek.

A tartalmi jegyek

Általánosan jellemző a kevés feleletszám, így az egész tartalmi kör is sivár. Ez a képzetáramlás szegényességét, a nagyfoku érdektelenséget, beszűkültséget, a kapcsolatkézség gátoltságát, az alkalmazkodás zavarát jelzi. Emberválasszal /M/ alig találkozunk, ami a "nem érdeklődés" mellett szól. Az állat tartalmu /T/ válaszok, merev fékrendszerre, rigiditásra utalnak. A szorongást támasztják alá az anatómiai válaszok /anat./ is.

Gyakorisági mutatók /vulgáris és originális válaszok/

A vulgáris /V/ és originális /O/ válaszok az alkalmazkodás mutatói. A vulgáris válaszok azt jelzik, hogy a v.sz. mennyire képes alkalmazkodni a környezetéhez /konformizmus mutatójának is tartják/. Az átlagosan alkalmazkodó kb 40-50 %-ban ad vulgáris válaszokat. Ezzel szemben beteganyagunk, akiknél a gátoltságot, zárkó-

zottságot, környezetükkel való kapcsolatainak zavarait már többször hangsúlyoztam, vulgáris választ 15 %-tól 44 %-ig adtak. És, ami lényeges ismét, gyógyszeres kezelés után 40-55 %-ra emelkedtek a vulgáris feleletek.

Originális válaszok száma elenyésző, ezek az eredetiség kifejezői. Amennyiben előfordult, az is rossz originális /0/ felelet volt.

Rajzok

A rajzoló eljárások közül a kettős Fa- és Emberalak változatot alkalmaztuk. Hangsúlyoznom kell, hogy ezeket nem az eredeti módon értelmeztük, csupán a teljesítményt néztük. Ezzel részbeni támaszt kaptunk a betegeknél a javulásra, illetve a betegség recidiválásakor a teljesítmény csökkenésének regisztrálására, amely szemléletesen látható az esetek ismertetésénél. A betegek szorongására, beilleszkedésük zavarára mutat a rajz feltűnően kicsiny volta, valamint a felső sarokba való eltolódása, továbbá kidolgozatlansága, egyszerűsége. Somatikus állapotuk javulásával színesednek, arányosodnak, nagyobbodnak, általában gazdagodnak a rajzok, illetve visszaeséskor ismét szegényesebbekké válnak.

LÜSCHER-próba

A Lüscher-féle színpróbát is beiktattuk módszereink közé. Értelmezése az egyes színek választásának statisztikai gyakorisága alapján történt. A színválasztás alapján történő elemzés csak másodlagos volt, amely az exploráció, feltáró jellegű beszélgetésre adott támpontokat. Kiegészítő eljárásként vettük a vizsgálati sorba.

A különböző színek előnybe helyezését a mellékelt statisztikai táblázaton láthatjuk. A négy oszlop /I, D, O, P/ variánsát a kék-, zöld-, vörös- és sárga szinsorral, ugyancsak a mellékelt összesítő grafikonok mutatják. Ezeken láthatjuk, hogy a feltüntetett oszlopokban a betegek és a kontroll csoport hány százaléka választotta a kék, zöld, vörös és sárga szín változatát: háromszor, kétszer, egyszer vagy nullaszer.

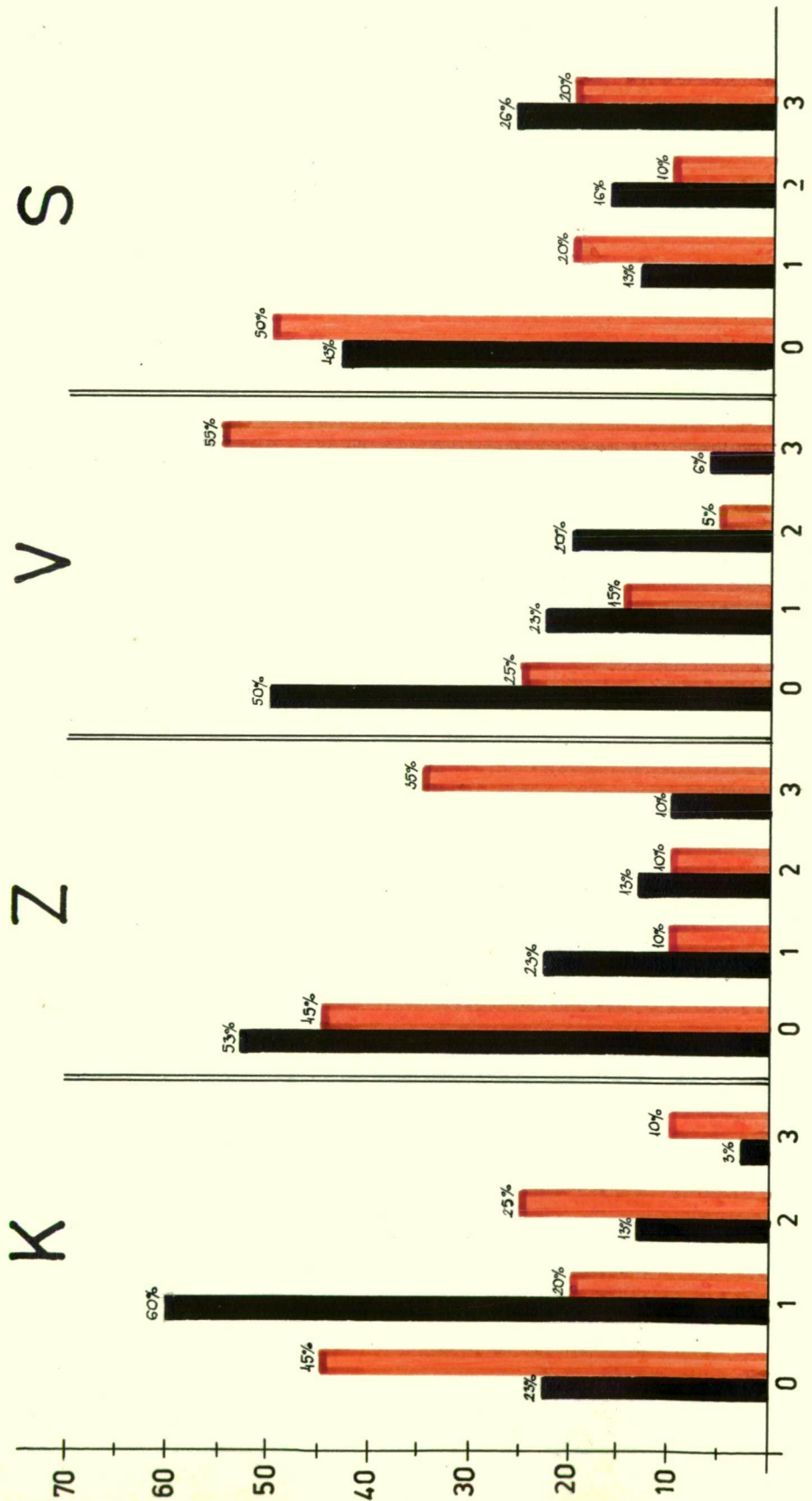
Érdekes: az I. oszlopban: a kék színt egyszer a betegcsoport 60 %-a, a kontroll-csoport csupán 20 %-a, viszont 0-szor a betegek 23 %-ban, a kontrollok 45 %-ban választották. A vörös színt a betegcsoport 0-szor 50-ben, 3-szor 6 %-ban, ezzel szemben az egészséges csoport 55 %-a választotta 3-szor.

D-oszlopban: a kék színt 0-szor a betegek 63 %-a, az egészségesek 15 %-a választotta. A vörös színt 0-szor a betegcsoport 6 %-a, viszont az egészségesek csoportja már 70 %-ban választotta.

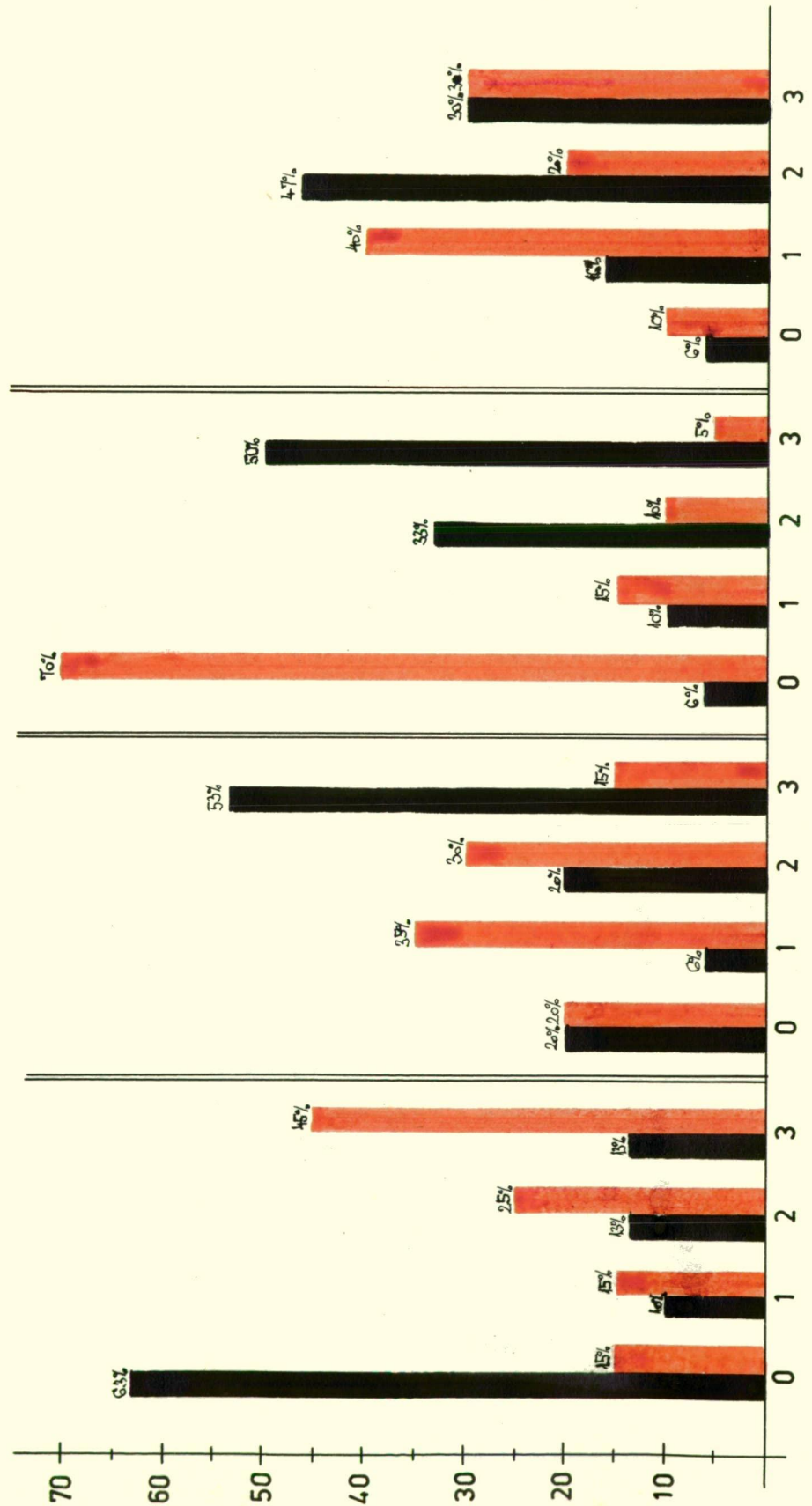
0-oszlop: a betegek csoportja 0-szor egyszer sem, a kontroll csoport 20 %-a, viszont a vörös szint 0-szor a betegek 30 %-a, az egészségesek egyszer sem választották.

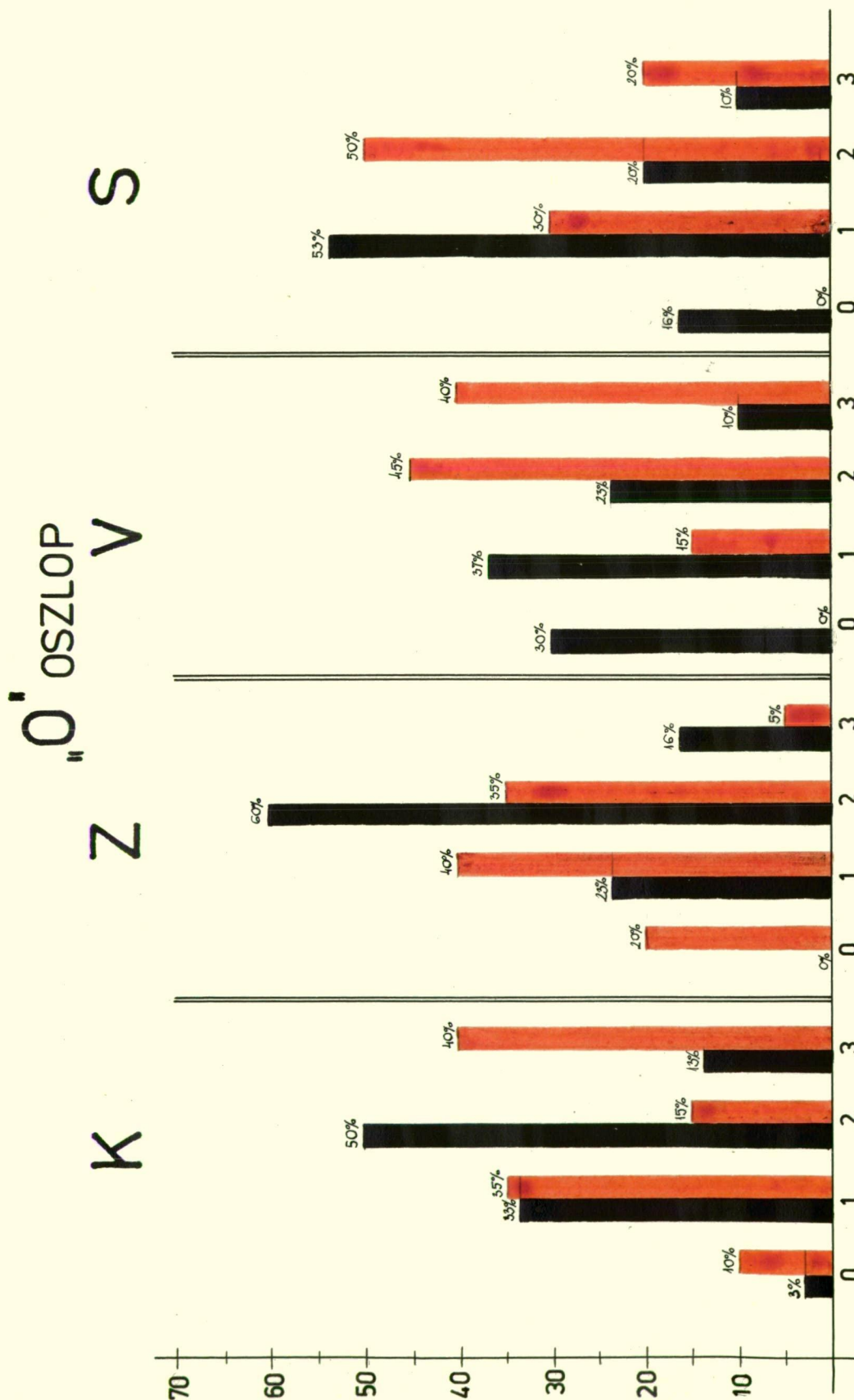
5-oszlop: a kék szint a betegek 6 %-a, az egészségesek 65 %-a nem választotta egyszer sem. Ugyanakkor a zöld szint nem találta rokonszenvesnek egyszer sem a betegek 16 %-a, az egészségesek 70 %-a, viszont három ízben is szerepel rokonszenvesnek a zöld szín a betegek 70 %-ánál, míg az egészségeseknél csak 10 %-ánál.

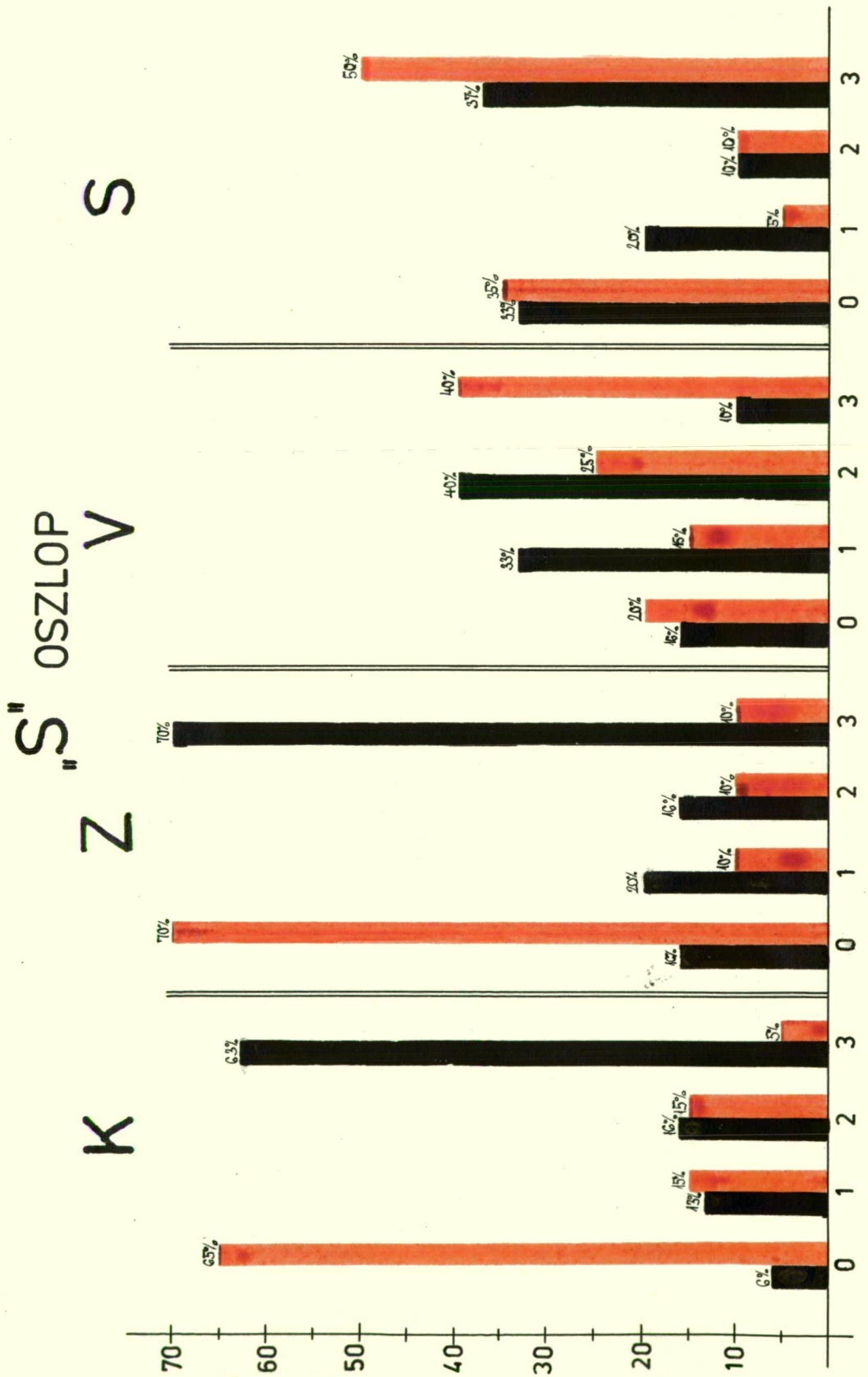
"I" OSZLOP



K Z V S "D'OSZLOP







ESETEK BEMUTATÁSA

A következőkben néhány, általunk észlelt esetet ismertetek teljesítményük feltüntetésével.

1. eset. P.I.-né, 26 éves nőbeteg.

Gyermekkorától kezdve gyakran volt tonsillitise, homlok- és arcüreg-gyulladása. Igen gyakran náthás. Egy hónapja szédül, a feje fáj, étvágytalan, hány, aluszékony.

Az EEG-ben görcskésztségre utaló jelek észlelhetők.

Iskolai végzettsége az általános iskola 7. osztálya. A 8. osztályban gyakori hiányzásai miatt nem osztályozták. Betegsége előtt háztartási- és egyéb földműveléssel kapcsolatos munkáját jól ellátta. Mindig "csendes természetű" volt, környezetével jók voltak kapcsolatai.

Többször került észlelésre. Minden esetben jó kooperációs készségű, viszont - különösen az első vizsgálatkor - feltűnően félszeg, szorongó volt. Kötetlen beszélgetéskor alig oldódott, szűkszavu volt.

Félénksége a gyógyszeres beavatkozásra fokozatosan oldódott, és a klinikáról történt eltávozása előtti

utolsó vizsgáletkor már spontán kezdeményezte a beszélgetést, közlékenyvé vált, "volt mondanivalója", és érdeklődő kérdéseket tett fel. Beszéde alakilag és tartalmilag adequat volt.

Feltétlenül meg kell jegyezni, hogy a pszichológiai vizsgálatok alatt észlelt kezdeti félszeg, szorongó magatartását nem a vizsgálati szituáció idézte elő, mert megszokott /otthon is!/, kórtéri környezetében is hasonló magatartása volt. Ennek hangsúlyozása ezért is lényeges, mert ez a beteg psychés teljesítményével kongruált, a gyógyszeres therapia hatására minden vonatkozásban javult, illetve annak megszakításával teljesítménye, hangulata, szorongása felújult, amit a pszichológiai vizsgálatok jegyzőkönyvei bizonyítanak.

Első ízben történt vizsgáletkor a Bourdon-, az összehasonlító próba fáradékony, csak rövid időre koncentrálható figyelmet tükrözött.

A megjegyző emlékezés terén súlyos fogyatékoság észlelhető. Pl. a Ziehen-próbában az öt számjegy ismétlésekor csupán az első, illetve a másik számsor esetében csak az első két számjegyet tudta megjegyezni, reprodukálni.

A Ranschburg-Ziehen-féle szópárvizsgálatban az ábrán feltüntetett igen alacsony %-os eredményt produkálta. Ez a beteg felfogásának, megjegyző, megtartó és felidéző emlékezésének súlyos zavarát mutatja.

	Bourdon- próba %	Összehasonlító- próba %	Ziehen- próba
1. Első vizsgálat	65	33	++++
2. Gyógyszerszedés után	97	66	-
3. Gyógyszerkihagyás	92	50	++
4. Gyógyszerszedés ujra	97	100	-

Név- és számemlékezet

	Akusztikai %	Optikai %
1. Első vizsgálat	nem tudta elvégezni	
2. Gyógyszerszedés után	40	25
3. Gyógyszerkihagyás	30	25
4. Gyógyszerszedés újra	50	25

Főnév - főnévvel

	Egyenes sorrend				Fordított sorrend			
	1'	10'	1 ^h	24 ^h	1'	10'	1 ^h	24 ^h
1. Első vizsgálat	40	30	30	20	40	30	30	20
2. Gyógyszerszedés után	90	70	60	70	60	70	70	80
3. Gyógyszerkihagyás	30	30	20	40	40	40	50	40
4. Gyógyszerszedés újra	80	70	80	80	60	80	90	90

Főnév - melléknévvel

	Egyenes sorrend				Fordított sorrend			
	%				%			
	1 ^s	10 ^s	1 ^h	24 ^h	1 ^s	10 ^s	1 ^h	24 ^h
1. Első vizsgálat	20	30	30	20	20	30	20	20
2. Gyógyszerszedés után	60	40	70	80	40	90	80	80
3. Gyógyszerkihagyás	40	30	40	40	50	50	50	50
4. Gyógyszerszedés újra	100	90	90	90	90	90	90	100

Főnév - igével

	Egyenes sorrend				Fordított sorrend			
	%				%			
	1 ^s	10 ^s	1 ^h	24 ^h	1 ^s	10 ^s	1 ^h	24 ^h
1. Első vizsgálat	60	50	50	30	70	60	60	40
2. Gyógyszerszedés után	80	80	60	70	90	100	70	80
3. Gyógyszerkihagyás	60	40	60	50	80	80	60	50
4. Gyógyszerszedés újra	90	80	90	90	100	100	100	100

Reproduktív képességének erős csökkenését észleltük az iskolai és általános ismereteinek feltárását célzó kérdésekre adott válaszaiban is.

Vgyancsak alacsony teljesítményt mutat a jegyzőkönyv a produktív intellektuális működés terén. Pl. az Ebbinghaus-próba, a kombinatív és következtetés készségében, a közmondások értelmezésében, a lényegfelismerésben, általánosításban, fogalomalkotásban, az abszurd tartalmu

mondatok képtelenségeinek felismerésében, az ítéletalkotásban.

A táblázatokban észlelhető változás: javulás, visszaesés, ingadozás, ugyancsak jellemző a produktív intellektuális működést tükröző feladatok megoldására a különböző időben végzett vizsgálatkor. A negyedik alkalommal már helyesen értelmezte a közmondásokat, 100 %-os a kiegészítő próba teljesítménye, a képtelen mondatokban az abszurd tartalmat észrevette, és azokat helyesen megmagyarázta.

A beteg anamnesiséből is kideríthető, praemorbid, intellektuális szegénysége, nem ítélnélhető oligophreniának, mert ez otthoni ingerszegény környezetével, primitív életkörülményeivel megokolt. Az első vizsgálatkor várható alacsonyabb teljesítményét betegségi állapota méginkább csökkentette. Ezt a későbbi időkben felvett jegyzőkönyvek igazolják. Ezért a beteg psychés teljesítménycsökkenését pseudodementiának ítéljük. A psychés vizsgálati eredmények is azt bizonyítják, hogy a gyógyszeres kezeléssel synchron, globálisan, javult psychés teljesítménye, illetve visszaesett indifferens injekcióadására.

A párhuzamosan készült Rorschach-jegyzőkönyvek, a különböző rajztestek a fentiekben vázolt teljesítményekkel teljesen egybevágnak. Az első Rorschach-jegyző-

könyv erősen schizoid, gátolt, insufficientia-érzéssel gyötört, iniciatíva-szegény, szorongó, primitív személyiségre utal. Ugyancsak ezt dokumentálják a "Farajzok" és az "Emberalak-rajzok", mint teljesítmény-mutatók.

/L. 123-124. oldal./

A kibocsátása előtt készült összes psychodiagnostikai jegyzőkönyvek a beteg psychés teljesítményének lényeges javulását, gátoltságának, szorongásának oldódását, rendezettebb, kiegyensúlyozottabb állapotát tükrözik. Pl. a Rorschach-jegyzőkönyben a válaszok feltűnően megsaporodtak, asszociációs képzetkészlete gazdagodott, vulgáris válaszokat adott, a schizoid, a neurotikus jegyek megfogytak. A felfogástípus és a felfogásmód elemeinek eloszlása igazolja, hogy - bár primaeren alacsony intelligenciájú - viszont ennek az állapotnak megfelelően normalizálódott. Rendezett, gyakorlati gondolkodású. Enyhén labilis affektivitása mellett, a külvilág realitásaihoz alkalmazkodni tud.

Az összes személyiségvizsgáló eljárások egyértelműen regisztrálják a beteg lényegesen kedvezőbb psychés státusát. A psychodiagnostikai eredmények a beteg somatikus javulását igazoló egyéb klinikai leleteivel megegyeznek, és ami ugyancsak lényeges, a beteg által is hangsúlyozott, jó általános közérzetét alátámasztja.



P. J-ne.



P. J-ne.



P. J-ne.



P. J-ne.



P. j-ne



P. j-ne'



P. j-ne



P. j-ne'

2. eset. V.J.-né, 26 éves nőbeteg.

Anamnesiséből: kb két hónapja szinte állandóan fáj a feje, szédül.

Vizsgálati adataiból: belövelt garatképletek. Az orrmelléküregek, elsősorban a hátsó rostasejtek és az iköböl felől, továbbá expressióra a heges tonsillákból gennyes váladék ürül. Szemfenéken kötőszövetes, elmosódott határu papillák, a vakfoltok a rendesnél kissé nagyobbak. Szemhéjduzzanat. Az elváltozások baloldalt kifejtettebbek. Enyhe hőemelkedés, amely sem amidazophenel, sem ópiummal nem befolyásolható. Az EEG-ben: a bal temporális elvezetésben időnként 1-1 meredek alpha invertálódik, és theta-hullámokkal keverten jelentkezik. Időnként diffuzan theta-csoportok és burstszerű szakaszok jelentkeznek a kevésbé meglassult alpha-tevékenységben.

Első pszichológiai vizsgálatkor betegünk a kórtermi magatartásával, klinikára kerülőse előtti otthoni állapotával egyezően, szorongó, félszeg magatartásu. Az egész vizsgálat alatt igyekezett jól kooperálni, beszéde halk, néhány alkalommal akadozó - az első szótagokat ismételtette -, dadogó szinezetűen beszélt, tartalmilag adaequat volt. Válaszaiban szűkszavú. A társalgás folyamatosságát nem sikerült fenntartani inditéksgényessége miatt.

A Bourdön- és összehasonlító-próba nagyfoku fáradékonyságot, igen rövid időre koncentrált figyelmet mutat. A megjegyző-, megtartó emlékezés terén kóros fogyatékoság észlelhető. Pl. a Ziehen-próbában - öt szám ismételtetésekor - csak az utolsó számot tudta megjegyezni és reprodukálni. A szorzatra egy perc múlva már nem emlékezett. A Ranschburg-Ziehen-féle szópár-vizsgálatban igen alacsony százalék-értéket nyújtott. Hasonlóképpen súlyos zavar tükröződött a megjegyző-, megtartó- és felidéző emlékezésében.

Reproduktív képességében általában erős, szembe-ötlő hanyatlás mutatkozott, és ez fokozódott a produktív intellektuális feladatoknál. Nyelvezete, fogalmazása, szókinccse primitív. Az absztrakt fogalmakkal való operálás szegényes, gyakran téves. Az elvont fogalmak körében gyakran helytelenül ítél, lényegmegragadása beszűkült.

A jegyzőkönyvekben mutatkozó kóros megnyilvánulások, inditékszegény magatartása annál is inkább meglepő, mert a betegről szerzett heteroanamnestikus adatok szerint "betegsége" előtt rutinos viselkedésű, élénk, jókedélyű, gyors észjárású volt. Háztartását, gazdaságát példásan ellátta, jó szervezőképességű volt. Autót vezetett. Az általános iskola 8 osztályát kitűnően végezte. A társaságot mindig kedvelte. "Talpraesettsége" miatt mindenütt szerették.

Elsőizben készült Rorschach-vizsgálatkor csupán hat választ adott. Ezek közül 5 G-válasz, amelyek többségében G-értékű /G-% az 60 %/. Szinsokk és Hd-sokk mellett Do válasz is szerepel. Vulgáris feleleteinek száma kettő. A három színes utolsó táblánál versagolt, képzet-áramlása megrekedt.

A F + % = 50 %. Mozcásválasz hiányzik, színfelelet nincs. Az élménytípus: koartált. Tartalmi változatban a T% /állatfeleletek = 100 %, ez kóros sztereotípa! A Rorschach-jegyzőkönyv általában gyors elfáradás, affektív jellegű zavarra, az asszociáció-, valamint a gondolkodás sztereotípiájára, beszűkült intellektuális működésre, ki-merültségre utal.

A rajztestek nagyfokban gátolt, insufficientia-érzésű, iniciativa-szegény, beszűkült intellektusu személyiségre utalnak.

Betegünk a vizsgálatok gyenge teljesítményét ön-maga is észrevette. Ezt érthetetlenné tartotta, érzel-mileg lesújtotta.

A vizsgálatok után a beteg egy héten keresztül panthenol-pyridoxin injekciós therapiában részesült. Szubjektíven lényeges javulásról számolt be. Fejfájása megszűnt.

A kezelés befejezése után újra vizsgálatra került. Az EEG teljesen normális, a kezelés előtti felvételhez képest sokkal enyhébb neurotikus jelenségeket mutató kérgi tevékenység mutatkozott.

Második vizsgálatkor a beteg hangulata lényegesen megváltozott, szinte kedélyessé vált. Zökkenőmentesen beszélgetett, spontán beszámolt arról is, hogy jobb az állapota, mint az első vizsgálatnál.

A Bourdon- és "összehasonlító"-test teljesítésében 16 %-os, illetve 17 %-os javulás észlelhető. Figyelme, koncentrációs képessége javult. Nagyfokú fáradékony-sága oldódott. A megjegyzőképességet vizsgáló Ziehen-próbában az öt számjegy ismétlésekor csupán egyet /a harmadik számot/ nem tudta reprodukálni. Az első vizsgálatnál csupán az utolsó számjegyre emlékezett. Javult a teljesítménye a Ranschburg-Ziehen-féle szópárvizsgálati eljárásban. Változás mutatkozott az iskolai-, általános ismereteinek felelevenítését célzó kérdések válaszaiban. A produktív intellektuális működések terén gazdagabb szókincskészlettel operált. Lényegmegragadásának beszűkültsége oldódott.

A Rorschach-vizsgálatkor 8 választ adott, melyek közül 4 G és 4 D válasz. A G + % 100 %-os. Szín- és árnyékolási- /Hd/ sok helyett ilyen jellegű zavar fordult elő. Csupán egy táblát volt képtelen értelmezni. Do válasz már nincs, hiányzik még a B /mozgást értelmező/ és színválasz is. Koartált. F + % = 87 %. Tartalmi változatban "állatértelmezésű válaszok", azaz T% még mindig 100 %. Így lényegében könnyen való elfáradás, affektív jellegű zavar, az erős stereotípia, saját ké-

pességéhez mértén beszűkült intellektuális teljesítmény még jellemző.

Érzelmi-, hangulati életében és teljesítményében beállott enyhe rendeződések észlelhetők a rajz-eljárásokban is.

Ezután fiziológiás nátriumchlorid-oldatot kapott. A beteg nem tudott arról, hogy indifferens injekciókat kap. Már a következő napon visszaesésről számolt be, fejfájása visszatért.

Ekkor a pszichológiai vizsgálatok közül csupán rajzokat készítettünk, melyek a 2. vizsgálatkor készítettéknél szegényesebb, visszaesésre vall /mellékelt rajzok között a 3. helyen/.

Ezután a beteg hazatért, és otthon 25 napig B₆-tablettákat szedett.

Ellenőrző vizsgálatra jelentkezett, a pszichológiai vizsgálatokat teljes sorozatban elvégeztük. Ez volt lényegében a 3. vizsgálat. Az ekkor készített rajzai viszont a mellékelt sorozatban a 4. helyen - tartós gyógyszerzedés utáni állapot regisztrálására.

Harmadik vizsgálatkor a teljesítményben további javulás mutatkozott. A Bourdon-próba 6 %-os, az "összehasonlító"-próba 7 %-os, az akusztikai név- és szám-élekezést vizsgáló próba 30 %-os emelkedést mutat az előző, azaz a második alkalommal történt vizsgálati eredményekkel összehasonlítva.

Hasonlóképpen szembeötlő a megjegyző-, megtartó emlékezés normalizálódása. A Ziehen-próba negatívvá vált. A Ranschburg-Ziehen-szópárvizsgálat ugyancsak eredményesebb az előzőeknél. Általában a próbák teljesítményei jobb megtartó emlékezésre és reprodukcióra utalnak. Az iskolai- és általános ismereteket kutató kérdőíven már olyan kérdéseket is megoldott, melyekre eddig képtelen volt. Jó kombinatív mondatszerkesztés regisztrálódik. A közmondásokat helyesen értelmezi, a sémában szereplő mondatok abszurd voltát felismeri. Az absztrakt fogalmakat megérti, lényegmegragadási képessége javult. Produkciója kongruál iskolai végzettségével, életkörülményeivel.

Rorschach-vizsgálatkor a válaszok száma 10, melyek közül G válasz 6 és D válasz 4. $G + \% = 100\%$ -os. Mozgásválasz /B/ első ízben megjelenik egy alkalommal. Egy színválaszt secundaer formában /FFb/ adott. Élménytípus: koartatív. $F + \% = 77\%$ -ra csökkent. Tartalmi variációban változás nincs, a T /állat/ feleletek száma még mindig 100%-os. Erős stereotípia, perszeverálási készség jelenlétét tükrözi a jegyzőkönyv.

A rajztestek - általában az összes elvégzett pszichológiai eljárásokhoz hasonlóan - a beteg relatív rendeződését, gátoltságának oldódását, rendezettebb, kiegyensúlyozottabb állapotát, psychés teljesítményének - az első vizsgálati adatokkal összehasonlítva - lényeges javulást mutatnak.

Ezután otthon egy hónapig Panthenol- és pyridoxin-tablettákat szedett. Kezdetben jól érezte magát, majd a 11. napon akut tonsillitise támadt. Valamennyi panaszai kiújult. Ismét a klinikára került. Klinikai leletei pozitívak voltak, pszichológiai vizsgálatot nem végeztünk.

Tonsillektomia után szokásos panaszai igen súlyos formában jelentkeztek. A vizsgálatok leletei kifejezetten kórosak.

A műtétet követően a beteg Panthenol-pyridoxin injekciót kapott. A klinikáról távozott. Otthon Panthenol- és B₆ + Glutarec tablettákat szedett. Panaszai lassan mérséklődtek.

Ellenőrző vizsgálaton megjelent. Ekkor került sor a 4. pszichológiai vizsgálatra.

Mind a reprodukтив, mind a produktiv intellektuális működésekben a teljesítmények fokozott javulását észlelhettük.

A Rorschach-vizsgálati jegyzőkönyvben 11 válasz szerepel. G = 6 és D válasz = 5. A G + % = 85 %. Egy mozgásválaszt ismét adott. Ekkori vizsgálat alkalmával minden táblát értelmezett, első ízben nem fordult elő válaszképtelenség. Élménytípus: koartativ. F + % = 90 %. Tartalmi adatokban szintén említésre méltó a változás, mivel első ízben történt, hogy állatértelmezéseken /T/ kívül, egyéb értelmezéseket is nyújtott, mint pl. növényválasz /Pfl./ és tárgyválasz /Obj./, a T % 90 %.

Ezen vizsgálat alatt "betegünk" teljesen kiegyensúlyozott volt. Néha mutatkozott minimális szorongás, viszont gördülékeny beszélgetést lehetett vele folytatni. Derüs hangulata többször megnyilvánult. Teljesen jól érzi magát, mondotta. Otthon aktivan, lendületesen végzi háztartását és munkáját gazdaságukban. Üzleti ügyeiket szinte önállóan lebonyolítja. Autót vezet. Mind "betegünk", mind környezete elégedett - a vizsgálat idején - a beteg állapotával, teljesítményével, hangulati-érzelmi életével.

A 4. vizsgálat után félévvel ismét megjelent ellenőrző vizsgálaton. Két és fél hónapja a gyógyszert kihagyta, előző panaszai újra jelentkeztek, mire egy hete ismét szedi a gyógyszert.

Az elvégzett vizsgálatok eredményei az előzőkhöz képest romlottak, a visszaesés a következő táblázatban szemléletes.

	Bourdon- próba %	Összehasonlító- próba %	Ziehen- próba
1. Első vizsgálat	76	66	++++
2. Gyógyszerszedés után	92	83	+
3. Gyógyszerkihagyás	98	88	- /negatív/!
4. Gyógyszerszedés újra	98	100	-
5.	92	67	-

Név- és számemlékezet

	Akusztikai %	Optikai %
1. Első vizsgálat	20	40
2. Gyógyszerszedés után	40	62
3. Gyógyszerkihagyás	70	62
4. Gyógyszerszedés újra	100	62
5. Gyógyszerkihagyás	70	56

Ranschburg-Ziehen szópárvizsgálat

Főnév- főnévvel

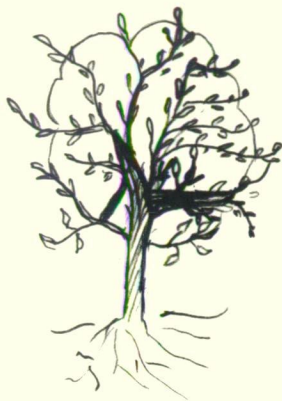
	Egyenes sorrend				Fordított sorrend			
	1'	10'	1 ^h	24 ^h	1'	10'	1 ^h	24 ^h
1. Első vizsgálat	50	20	20		30	20	20	
2. Gyógyszerszedés után	90	30	70		90	80	80	
3. Gyógyszerkihagyás	100	80	100		80	100	90	
4. Gyógyszerszedés újra	90	100	100		100	100	100	
5. Gyógyszerkihagyás	90	90	80		80	80	70	

Főnév - melléknévvel

1. Első vizsgálat	70	30	40	60	40	30
2. Gyógyszerszedés után	80	80	80	80	60	60
3. Gyógyszerkihagyás	70	50	60	90	90	90
4. Gyógyszerszedés újra	80	90	90	80	90	100
5. Gyógyszerkihagyás	70	70	70	80	70	70

Főnév - igével

1. Első vizsgálat	60	30	30	60	50	40
2. Gyógyszerszedés után	70	80	60	70	80	80
3. Gyógyszerkihagyás	90	80	70	90	90	90
4. Gyógyszerszedés újra	90	100	100	100	100	100
5. Gyógyszerkihagyás	90	80	80	80	80	80



V. f-né



V. f-né



V. f-né



V. 1. né.



V. 3. né



... le rayon lumineux se réfléchit, et ne va pas plus loin ! "

6. eset. P.É., 17 éves leány. IV. osztályos
gimnáziumi tanuló

Gyermekkorában gyakran volt tonsillitise. Tíz éves korában tonsillektomia. 12 éves korában a fejét megütötte.

Leleteiből: sinusitis ethmoidalis chr. Deviatio septi nasi. EEG: a bal oldalon szabálytalanabb alpha-tevékenység, a bal temporális elvezetésben az alpha-hullámok között gyakran alacsony, 6-7/s theták is vannak.

Leánytestvérével és édesanyjával hármasban élnek. Apja elvált. Kuszált körülményei vannak. Apjuk, többszöri bírósági ítélet után sem fizet tartásdíjat, anyjuk rokkant-nyugdíjas /carcinomásként nyilvántartott beteg/, lakásproblémájuk megoldatlan, szűkös körülményeik mellett, somatikus állapota miatt testimunkára alkalmatlan, ezért került gimnáziumba. Számtalan psychotrauma érte. Jó közepes tanuló. Klinikai kivizsgálás előtt az iskolai KISZ, szülői munkaközösség támogatásában részesült, majd körülményeinek javítása érdekében állami gondozásba került, a szegedi Ideggyógyászati és Lélektani Gyermekgondozó Intézete éveken keresztül segítette életvezetésében.

Első vizsgálatkor jól kooperált, bár félszeg, szorongó magatartást tanusított. Nagyfoku gátolság jellemezte évek óta, ami körülményeivel megmagyarázott.

A Bourdon- és "összehasonlító"-próba fáradékony, igen rövid időre koncentrálódó figyelmet mutat.

A megjegyző emlékezés terén kóros kiesés jelentkezik. A Ziehen-próbában az öt számjegy közül az utolsót nem tudta megjegyezni. A Ranschburg-Ziehen-féle szópár-vizsgálat lényeges zavart, kiesést nem jelez.

Reproduktív képességének némi zavara jelentkezett iskolai- és általános ismereteivel kapcsolatos elbeszélgetáskor.

Meglepő alacsony teljesítményt nyújtott viszont a produktív intellektuális működés terén. Különös fogyatékoság rajzolódott a logikai ítélet, meghatározás, fogalomrelációk felismerésében és alkotásában, a lényegmegragadás képességében, a szabályszerűség felismerésében /L. 1. sz. grafikont!/.

A Rorschach-jegyzőkönyvben 14 perc alatt csupán 11 feleletet adott. A reakció ideje meglássubbodott. Felfogó típusa: G-D. A $G + \% = 50 \%$. Eleinte G +, majd G - feleleteket produkált. A $F + \% = 62 \%$, a mozgást értelmező feleletek száma csupán 1. Színfelelet: 1 /FFb/. Élménytípusa: koartált /a fáradtság és félelem koartál/.

Tartalmi változatokban: $T\% = 82 \%$, $M\% = 9 \%$, és $Pf1.\% = 9 \%$.

A Rorschach-jegyzőkönyv adatait összevetve, betegünk erősen stereotip, nagymérvű aggódással telített,

az átlagos színvonalnak is alig elfogadható értelmi működést mutat. A kapott feladattal szemben nehezen oldódik, és képességeihez mérten sokkal alacsonyabb fokon produkál. Óvatossága és aggódása ott is nehézségeket okoz, ahol egyébként a kitűzött feladatnak megfelelne. Nagyfokú elhatározásképtelenség jellemzi. Érzelmi élete szegényes. A jegyzőkönyv számos orgános jegy mellett, schizoid vonások jelenlétét is jelzi.

Fa- és Emberalak-rajzok a Rorschach-jegyzőkönyv utalásait alátámasztják.

A vizsgálatok után 12 napig Panthenol-B₆-kezelésben részesítettük. Közben két fogát kihúzták, utána néhány napig hányingerről és tarkótáji fejfájásról panaszkodott. Ennek ellenére a therápia 10. napjától kezdve panaszai csökkentek.

EEG-vizsgálat: a tetracor-érzékenység az előző vizsgálathoz képest kifejezetten csökkent, és teljesen normalizálódott.

A 2. pszichológiai vizsgálatok eredményeinek értékelését nehezíti, hogy adott esetben a klinikáról való kibocsájtás érdekében egy "célneurosis" alakult ki, a vizsgálatot többször meg kellett szakítani, sőt egyes feladatokat kihagyni.

A Bourdon- és az összehasonlító-, Ziehen-, az akusztikai-, név- és számemlékezet próbában javulás tük-

röződik, a Ranschburg-Ziehen-féle szópárvizsgálatban azonban csökkenés állott elő. Rendeződés mellett szólnak a rajzok és a javulás folyamatát jelezné a lo feladatból álló intelligenciavizsgálat grafikonja is.

Rorschach-vizsgálat nem történt.

Ezután otthon szedett Panthenol és pyridoxin-tablettákat. Teljesen panaszmentessé vált. Az ambuláns kezelés második hónapjának végén megismételtük a vizsgálatokat.

Harmadik alkalommal történt vizsgálatkor fellépésében, magatartásában lényeges javulás volt észrevehető. Kiegyensúlyozottabbnak imponált, szívesen, felszabadultabban beszélgetett. Beszámolt arról, hogy iskolai eredménye javult, több 5-ös és 4-es, 3-as feleletei alig vannak. Spontán említi, hogy közérzetében és hangulatában javult a kezelés óta, könnyebben tanul, "az anyag jobban a fejemben marad" - mondotta - és nem hiányzott betegség miatt a jelen tanévben!

A Bourdon-, összehasonlító-, az optikai név- és számemlékezeti próbák teljesítménye 100 %-ossá vált; lényegesen javult az optikai név- és számemlékezeti próba teljesítménye, a Ziehen-próba pedig teljesen negatív.

A reprodukáló képesség mellett emelkedő tendenciát jelez a lo feladatból álló intelligencia-vizsgálat grafikonja is.

A Rorschach-jegyzőkönyvben 13 felelet található, melyet 9 perc alatt produkált. Így a reakció ideje teljesen megközelítette az átlagos időtartamot.

A felfogótípus: G - D. $A G + \% = 66 \%$.

$F + \% = 86 \%$, a mozgásfeleletek száma: 2. Színfelelet: 2.

Élménytípus: inkább introverzióra hajló élménytípus. Tartalmilag: $T\% = 61 \%$, $M\% = 8 \%$

$Pfl.\% = 15 \%$, $Obj.\% = 15 \%$

Bár a harmadik vizsgálatkor készült Rorschach-jegyzőkönyv adatai szerint is javulás észlelhető, viszont az is tükröződik, hogy zárkózottsága, érzelmi életének szegényes volta, stereotípiája, aggodása, elhatározásképtelensége - kisebb fokban ugyan - de még fennáll.

A Panthenol-pyridoxin-kurát otthon tovább folytatta. E kúra 5. hónapjában újból kontroll-vizsgálatot végeztünk.

A 4. vizsgálatkor a Bourdon- és összehasonlító próba 100%-os teljesítményű, a Ziehen-próba negatív, az akusztikai név- és számemlékezet próbája 100%-os, az optikai név- és számemlékezet-próbában 75%-os a megoldás. A Ranschburg-Ziehen-féle szópárvizsgálati eljárás minden relációjában 100%-os megoldást nyújtott.

A 10. próbából álló intelligencia-vizsgálati eljárás grafikonjában szembeötlő a további kibontakozás, javulás.

Rorschach-vizsgálat nem készült.

A rajzvizsgálatok szintén kiugró rendeződést re-

gizstrólnak, bár még elég erősen stereotípek, neurotikus színezetűek.

Az 5 hónapos gyógyszerzedés után egy hónapra abbahagytuk a kúrát, és ez alatt az egy hónap alatt régi panaszai fokozatosan visszatértek.

Az ötödik vizsgálat előtt állapotában visszaesést észlelt, és ez tette szükségessé kontroll-vizsgálatát.

A Bourdon- és Összehasonlító-, valamint a Ziehen-próbában - az előző vizsgálatokhoz képest - eltérést nem tapasztaltunk, viszont a név- és számemlékezeti próbákban, a Ranschburg-Ziehen-próbában regressio mutatkozik.

Ugyancsak visszaesés észlelhető a tízféle feladatból álló intelligencia-vizsgálat grafikonjában.

Regressiós tendenciájunk rajza is.

	Bourdon- próba	Összehasonlító- próba	Ziehen- próba
1. Első vizsgálat	96	77	+
2. Gyógyszerzedés után	100	100	-
3. Gyógyszerkihagyás	100	100	-
4. Gyógyszerzedés újra	100	100	-
5. — „ —	100	100	-

Rév- és számcímkezet

	Akuszti	Optikai
	%	%
1. Első vizsgálat	80	75
2. Gyógyszerszedés után	100	-
3. Gyógyszerkihagyás	100	94
4. Gyógyszerszedés újra	90	75
5. — „ —	90	69

Ranschburg-Ziehen szópárvizsgálat

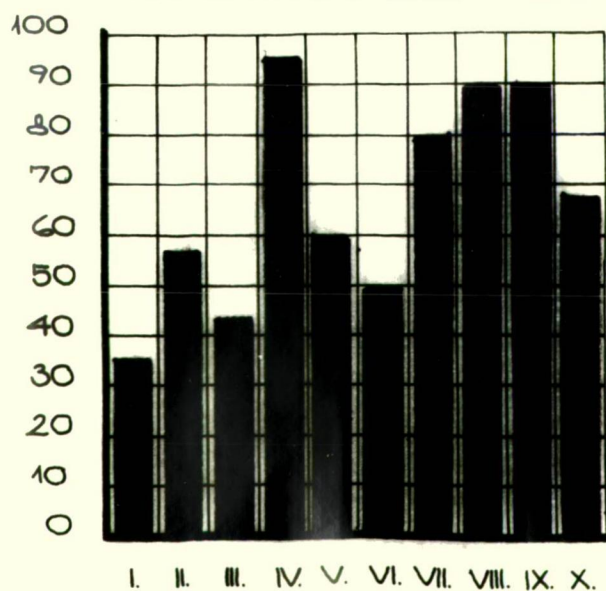
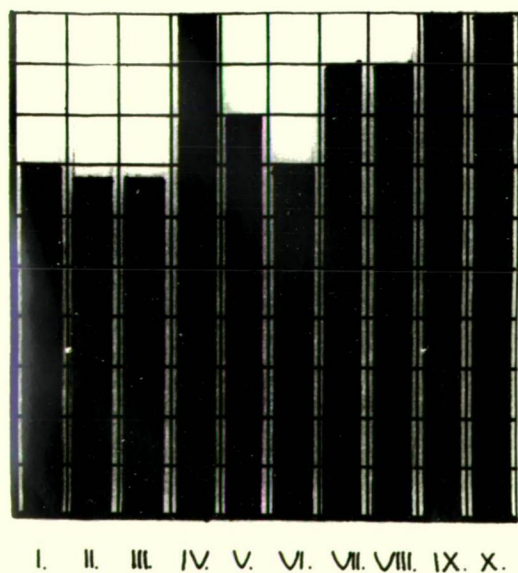
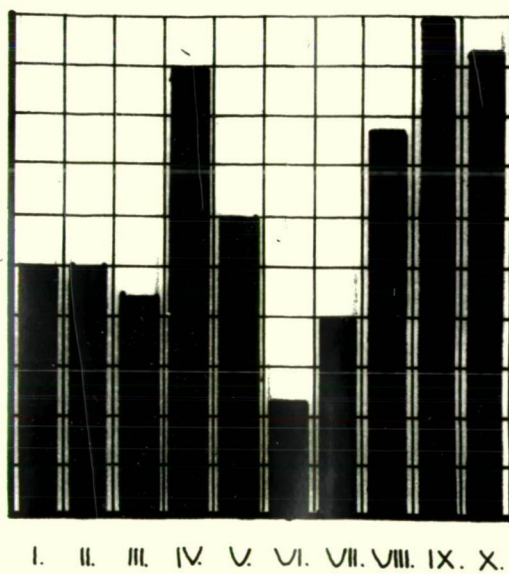
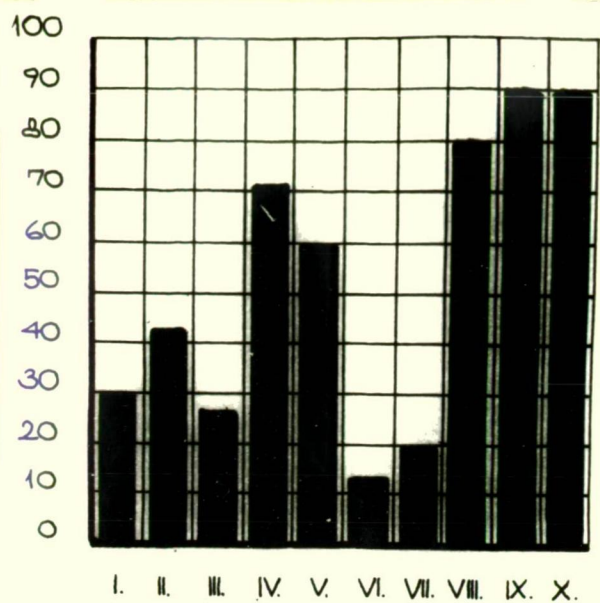
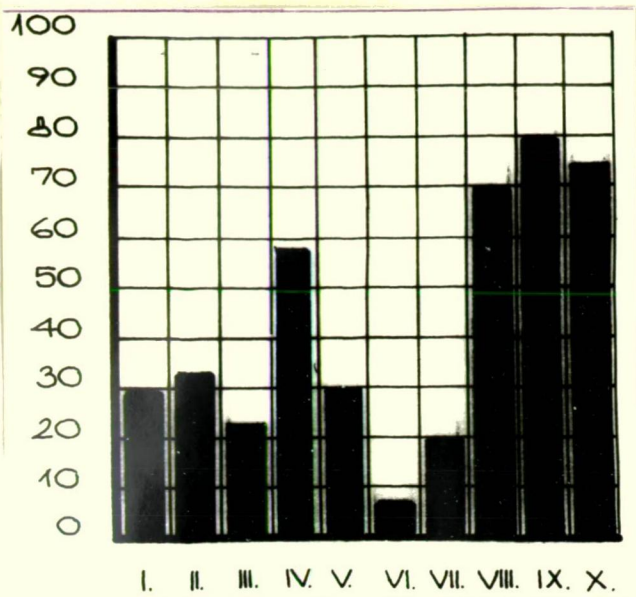
	Egyenes sorrend				Fordított sorrend			
	%				%			
	1'	10'	1 ^h	24 ^h	1'	10'	1 ^h	24 ^h
<u>főnév - főnévvel</u>								
1. Első vizsgálat	100	100	100	80	100	100	100	80
2. Gyógyszerszedés után	80	100	100	100	100	100	100	100
3. Gyógyszerkihagyás	100	100	100	100	100	100	100	100
4. Gyógyszerszedés újra	100	100	100	100	100	100	100	100
5. — „ —	80	80	90	-	90	90	100	-

főnév - melléknévvel

1. Első vizsgálat	100	100	100	80	100	90	90	70
2. Gyógyszerszedés után	90	90	100	90	100	100	100	100
3. Gyógyszerkihagyás	100	100	100	100	100	100	100	100
4. Gyógyszerszedés újra	100	100	100	100	100	100	100	100
5. — „ —	90	90	100	-	80	100	90	-

főnév - igével

1. Első vizsgálat	90	90	100	70	100	100	100	80
2. Gyógyszerszedés után	80	90	100	100	100	90	100	100
3. Gyógyszerkihagyás	100	100	100	100	100	100	100	100
4. Gyógyszerszedés újra	90	100	100	100	100	100	100	100
5. — „ —	80	90	100	-	100	100	100	-





7. eset. K.E., 16 éves, középiskolás, leány

Első ízben végzett vizsgálatkor - mint a többi betegnél - nagyfoku gátoltság, szorongás mutatkozott. A feltett kérdésekre szűkszavuan válaszolt. Végig igyekezett jól kooperálni. Elmondja, hogy évek óta gyakran fáj a feje, igen nezezen tanul, könnyen felejt, nagy erőfeszítésébe kerül a közepes tanulmányi eredmény elérése.

A Bourdon- és összehasonlító-próba rövid ideig tartó, kóros figyelem-koncentrációt jelez.

A Ziehen-próba negatív, viszont a Ziehen-Ranschburg-féle szópárvizsgálat a megtartó emlékezésének nagyfoku zavarára utal. Ezt igazolja a kétféle név- és szám-emlékezetet vizsgáló eljárás is.

A Rorschach-próbában csupán négy értékelhető választ adott. Több táblát nem tudott értelmezni, szín- és árnyékolási shock lépett fel, az utolsó két színes táblánál peszeverált. A felfogási habitusára az egészre való törekvés jellemző, gyenge absztrakciós képességgel és kombinációval. Belső produktivitása sivár.

Az adatok szorongást, depressív hangulatot tükröznek. Általában neurotikus egyénre következtethetünk a Rorschach-jegyzőkönyv alapján, a kevés válasz ellenére. A nagyfoku érzelmi elnyomás igen megnehezíti az affektív

rapportot, érzelmi téren meglévő gátlásai folytán nem talál kiutat. Elhatározásképtelenség, önmaga iránti kishitűség jellemzi.

A második vizsgálatkor beszámol, hogy fejfájása kissé csökkent, a tanulás könnyebb, az anyagot jobban megjegyzi, iskolai feleletei eredményesebbek.

A Bourdon-próba és összehasonlító-próbában a kóros jelek eltűntek, teljesítménye szinte normalizálódott, bár a név- és számemlékezeti vizsgálat megtartó emlékezésének zavarát mutatja még. Ez látszik a Ranschburg-Ziehen-féle vizsgálatban is.

A tiz feladatból álló teljesítményvizsgálat a logikai ítéletben és meghatározóképességben, a fogalomrelációk felismerésében és azok alkotásában, a lényegmegragadási képességben mutat feltűnő kiesést.

A Rorschach-jegyzőkönyvben már 7 értékelhető választ nyújtott, viszont az adatok lényegében az előzővel szinte azonos képet nyújtanak psychés állapotát illetően.

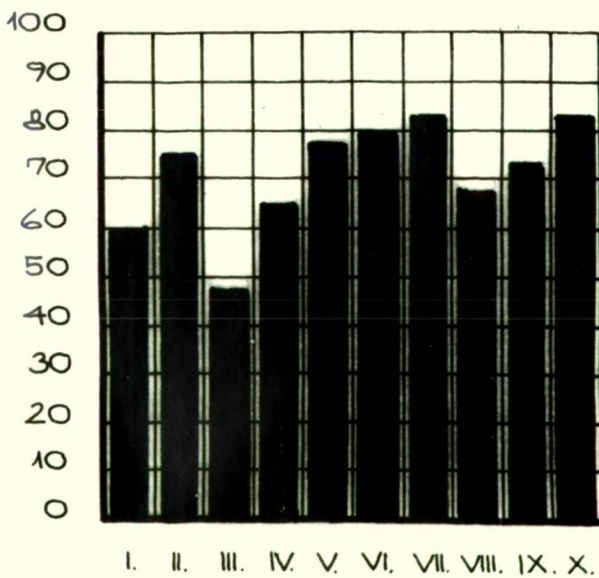
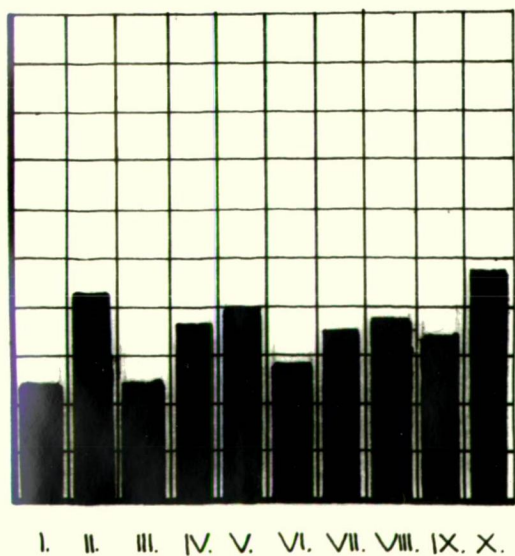
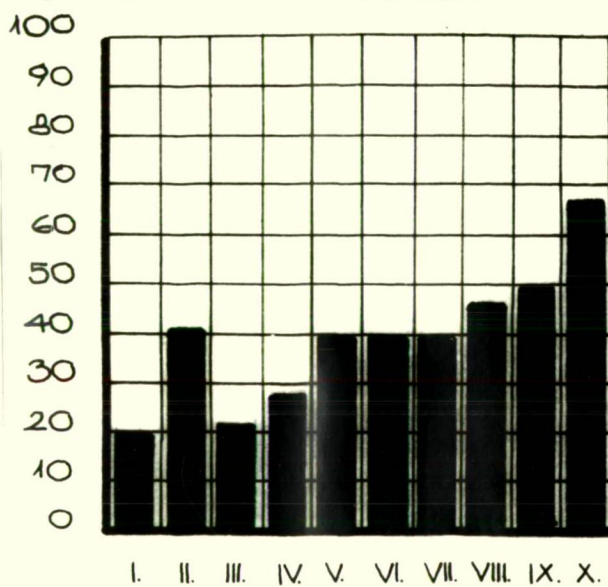
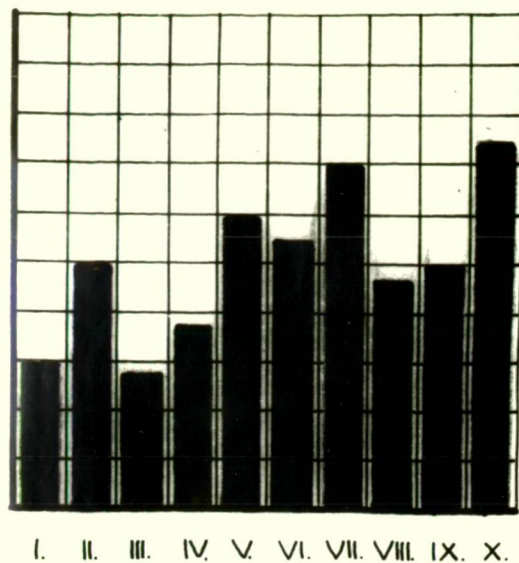
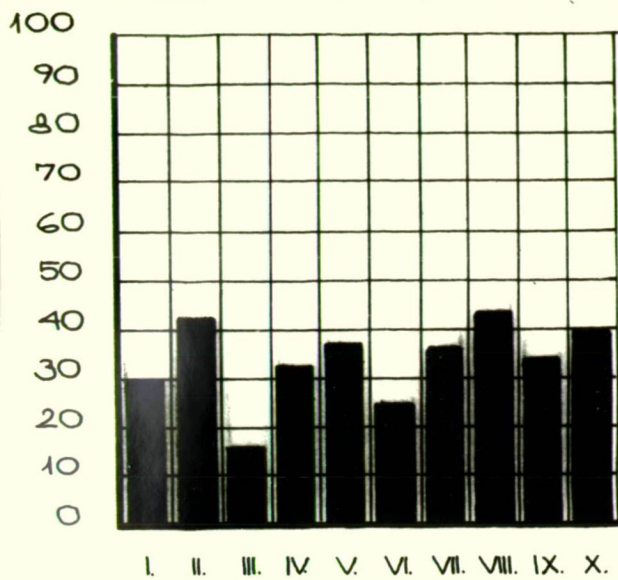
Harmadik alkalommal elmondja, hogy átmeneti kedvezőbb állapota megszűnt, régi panaszai kiujultak, erős fáradékonyság, feledékenyság jellemzi.

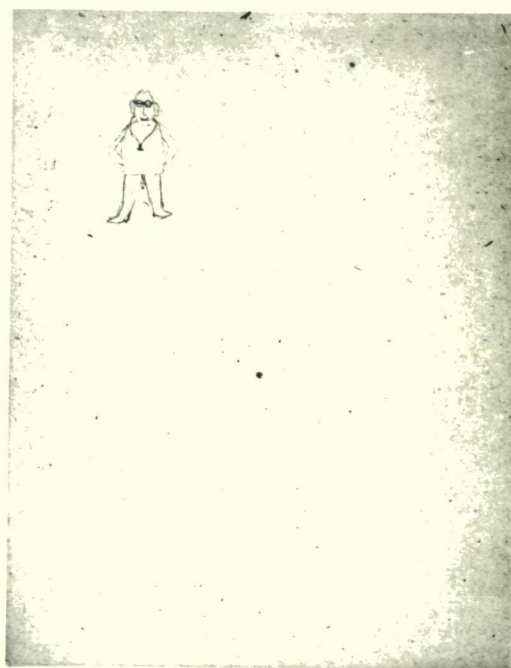
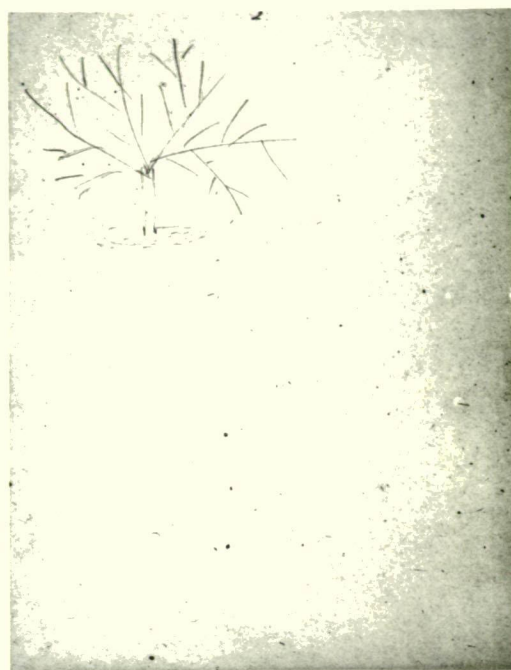
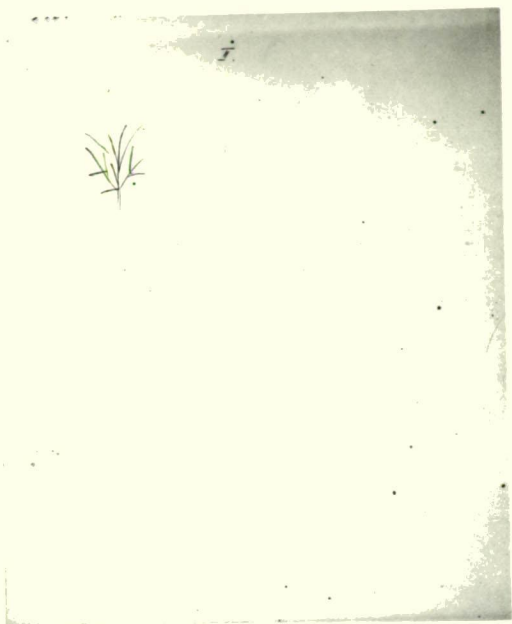
A számszerűen is kimutatható teljesítmény-eljárásokban hanyatlás észlelhető /Lásd a táblázatot!/.
- 147 -

A projektív tesztek eredménye hasonló az első alkalommal készült felvételekkel. Progressio tükröződik a második alkalommal készült vizsgálatokkal szemben, ahol már minimális javulás volt észlelhető.

Ellenőrző vizsgálatra megjelent. Tonsillitise kiújult, állapota rosszabbodott. Teljesítményei hanyatlást regisztrálnak.

Tartós gyógyszereszedés után jól érzi magát, ekkor készült vizsgálati eredményei ezzel párhuzamosan emelkedtek.





8. eset. S.M., 17 éves leány. Középiskolai tanuló.

Három éves korában encephalitisnek tartott betegsége volt. Jobb arcfele időnként megduzzad. E duzzanat reggel a legkifejezettebb, amikor is a nyak jobb oldalára is ráterjed. Egész élete tonsillitisek, otitisek, meghűléses betegségek sorozata. Feje szinte állandóan fáj, apathiás.

A beteg értelmes, jó tanuló, gyakran keseredik el azonban amiatt, hogy időnként nem tudja figyelmét koncentrálni. Fejfájáson kívül szédülés a fő panasza. Különböző antiepileptikumokat szedett hatás nélkül.

EEG-vizsgálati lelete kifejezetten kóros.

Rövid időközök után, sűrűn jelentkező panaszai, szinte állandó "betegeskedése" miatt többször kénytelen mulasztani az iskolában. Hosszu hiányzásait is meglepő rövid idő alatt pótolja, teljesítménye ilyenkor meglepő,

Megemlítendő, hogy a vizsgáló pszichológust évek óta ismeri az Ideggyógyászati és Lélektani Gyermekgondozó Intézetből, ahol hosszú ideje gondozás alatt áll; esőként teljesítményei így az esetleges "első találkozás-okozta megtorpanással" nem magyarázhatóak.

Első vizsgálatkor - a többi vizsgáltakkal megegyezően - teljes kooperációs készség mellett, nagyfoku szorongás, gátoltság, válaszainak, teljesítményének megnyult reakciós ideje mutatkozott.

A Bourdon-próba, valamint az "összehasonlító-próba" fáradékonyságot, igen rövid időre koncentrálódó figyelmet mutat.

A megjegyző emlékezés zavarát jelzi a Ziehen-próba, amelyben 5 szám közül az utolsó kettőre nem emlékezett. Az akusztikai név- és számemlékezet próbájában csupán 30 %-os teljesítményt nyújtott, és az optikai név- és számemlékezetet vizsgáló eljárás teljes sikertelenséggel járt, semmire nem emlékezett. A megjegyző emlékezés defektusát jelenti a Ranschburg-Ziehen-féle szópárvizsgálat is.

Rajzai kusza vonalvezetésűek, sematikusak, részletekben hiányosak. "Fa-rajzai"-ban talaj nincs jelezve, a fák "lebegnek", a törzset két párhuzamos vonallal jelzi, a koronát kusza vonalakkal "gömbszerű"-nek mutatja, és ebbe odavetett, durva, kifelé vastagodó ágakat rajzol primitív fokon.

Emberalakot rajzolva, hasonló sematikus, torz, merev, bizonytalan és durva vonalvezetésű rajzot produkál, melyekben a kóros elemek kivetülnek. Az arcokban az aggodás észlelhető.

Teljesítményének ez a sivársága magát a beteget olyannyira megdöbbentette, hogy célszerűnek látszott a vizsgálatot félbeszakítani, és beszélgetéssel "shock"-os állapotából feloldani, megnyugtítani. Miután ez sikerült, a kórterembe távozott.

Hat napon keresztül Panthenol-pyridoxin-injekciókat kapott, majd otthon 16 napon keresztül Panthenolt és pyridoxint per os. Utána újra injekciókat kapott.

EEG-lelete kifejezetten kóros. A vizsgálat alatt klinikai eszméletvesztés, cyanosissal járó saceres roham fejlődik ki. Utána feltisztulásig magas, lassu theta-delta tevékenység látható.

Utána következő nap történt a pszichológiai vizsgálat, amely az EEG átmeneti romlása ellenére, jelentős javulást mutatott.

Másodizben történt vizsgálatakor lényegesen kedvezőbb volt hangulata. Szorongása minimálisnak mondható, vizsgálat közben gyakran derűsnek mutatkozott, mosolygott. Válaszainak, teljesítményének reakciós ideje rövidült, az első vizsgálathoz képest.

Figyelmének koncentráló képessége lényegesen javult. A Bourdon-, valamint az összehasonlító-próbában teljesítménye emelkedett /Lásd a táblázatot/.

A Ziehen-próbában csak az utolsó számra nem emlékezett. Hasonló javulás észlelhető az akusztikai- és optikai név- és számvizsgálati eljárásban, ahol különösen az optikai név- és számvizsgálati teljesítménye szembeötlő, miután első alkalommal egyáltalán semmire sem emlékezett, most 56 %-os volt a teljesítménye.

Ugyancsak "normalizálódott" a Ranschburg-Ziehen-féle szópárvizsgálat eredménye.

Rajzaiban a merevség még nem tűnt el. Erősen sematikusak ugyan, mégis bizonyos foku gazdagodás jelei mutatkoznak. A "Tarajzai"-ban már talajt is rajzol, a "zárttság"-ot jelző külső burok eltűnik a koronánál, az ágakat pedig levelekkel disziti. Tartalmilag és formailag, valamint esztétikailag magasabb rendű ábrázolás jelenik meg az első rajzokkal összevetve. Emberalakjai életszerűbbek.

Öt hetes Panthenol-pyridoxin-kezelés után következett a harmadik pszichológiai vizsgálat. A harmadik vizsgálatkor magatartása lényegében egyezik az előző vizsgálat alatti viselkedésével.

Mind a Bourdon-, az összehasonlító-, Ziehen-, akusztikai- és optikai név- és számemlékezeti, mind a Ranschburg-Ziehen-féle vizsgálati eljárás további teljesítményjavulást jeleznek. A Ziehen-próba pozitivitása eltűnt.

Feltűnő azonban, hogy rajzaiban az erős stereotípiát észlelünk, rajzai erősen sematikusak, a javulás pozitív kritériumait nem találjuk, sőt inkább negatív vonások mutatkoznak, melyek viszont nem érik el az első rajzok sivár szintjét.

Ebben az időben készült az első Rorschach-vizsgálata. A 10 képre 13 választ adott igen megnyult reakcióidővel. Felfogástípus: G - D.

$F + \% = 54 \%$. $G \% = 23 \%$ /normális átlag/

B /mozgást észlelő válasz/ = 0.

Szinválasz: 1 FbF válasz. Szinshock: II., IX. és X. táblánál.

Hd-shock: IV. táblánál.

Élménytípus: extratensiós élménytípus.

Tartalmi adatok: $T \% = 31 \%$

$M \% = 23 \%$

$Obj. \% = 23 \%$

$Pfl. \% = 7 \%$

$Amorf \% = 15 \%$

A jegyzőkönyv adatait egybevetve, betegünket a józan gyakorlatiasság jellemzi. Inkább reproductív intelligenciájú. Kinosan lelkiismeretesen alkalmazkodó. Igen gyorsan fárad. Labilis affektivitás mellett, a realitáshoz igyekszik alkalmazkodni, erre azonban nem mindig képes. /Ezt igazolják az igen alacsony $F + \%$, alacsony $T \%$, Dzw válaszai./ Ellentmondásra hajlamos, kevésbé befolyásolható. Ügyes, rutinos viselkedés jellemzi. Thetség jelei mutatkoznak /ez a valóságban nyelvtanulás készségében jelentkezik is/.

A jegyzőkönyvben több organikus jegy mutatkozik.

Hét hetes Panthenol-pyridoxin kezelés után újból sor került pszichológiai vizsgálatokra.

A negyedik vizsgálat alkalmával a teljesítménypróbákban általában megtartotta előző szintjét, kivéve

az optikai név- és számvizsgálat próbájában, ahol az előző 56 %-os teljesítményéről 25 %-ra visszaesett. A Bourdon-próbában 1 %-os a csökkenés.

Ez alkalommal végeztük el elsőízben a 10 feladattal álló teljesítményvizsgálatot, mely főképpen produktív intellektuális teljesítményt követel. E vizsgálati csoportban megdöbbentő alacsony teljesítményt nyújtott. Súlyos destrukció észlelhető az ítéletalkotás, logikus gondolkodás, meghatározások, a fogalomrelációk, a szabályszerűség felismerése és alkotása, a lényegmegragadás képességében, a kombináció- és asszociáció élénksége terén.

Ez alkalommal készült rajzai regressziós állapotot tükröznek. A farajzaiban a részletek teljesen elűntek, nem rajzolt talajvonalat, a törzse aránytalanul vastag, koronája néhány kusza vonalból álló "gömb-lombot" ábrázoló firkálás. Emberalakjára az erős merevség, stereotipia, a részletek szegénysége, hiányossága jellemző, illetve jelentkezik.

Ezután két hónapig a therápia abbamaradt. Más intézetbe került, ahol sacerno-dorlotin-kezelésben részesült. E therápia mellett, lényegesen rosszabbul érezte magát, újból jelentkezett a klinikán. Ismét Panthenol-pyridoxin-therápiában részesült. Szubjektíven javult. 40 napos gyógyszerelés után ötödízben vizsgáltuk.

A figyelemvizsgálati, valamint a megjegyzőképeséget vizsgáló eljárások közül a Bourdon-, összehasonlító-, Ranschburg-Ziehen-próbákban 100 %-os teljesítményt nyújtott, de javulást regisztrálnak az előző vizsgálattal összehasonlítva, a többi próbák is.

A tiz vizsgálatból álló eljárás - bár képességeit figyelembe véve joggal várható jobb teljesítmény - mégis rendezettebb kép, javuló tendenciát mutató grafikon tárult elénk.

Rajzai ugyancsak gazdagabbak, kifejezőbbek, esztétikailag magasabbrendű formában nyilvánulnak meg. Előzőekben észlelhető regressziós jelzések csökkentek. A negatívumot jelző erős stereotip jelleg, sematizmus még mindig fellelhető. A rajzok egy kedvezőbb psychés állapot mellett, még mindig meglévő orgános kép jelenlétét alátámasztja.

A továbbiakban a klinika ellenőrzése alatt áll, azonban az Ideggyógyászati és Lélektani Gyermekgondozó Intézete gondozza továbbra is állandó jelleggel. Állapota hullámzó. Egy "hullámvölgy" periódusban megismételtük a tiz próbából álló eljárást. Igen feltűnő alacsony szinten teljesített.

Betegségének fellángolása elmúltával, hosszabb kezelési szak után, ugyanezt a vizsgálatot megismételve, globális jellegű javulás mutatkozott.

	Bourdon- próba %	Összehasonlító- próba %	Ziehen- próba
1. Első vizsgálat	70	83	++
2. Gyógyszerszedés után	90	94	+
3. Gyógyszerkihagyás	96	100	-
4. Gyógyszerszedés újra	95	100	-
5. — " —	100	100	-

Név- és számemlékezet

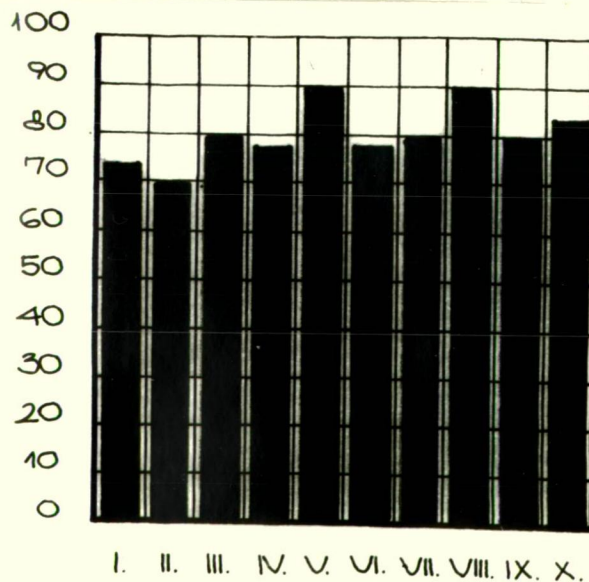
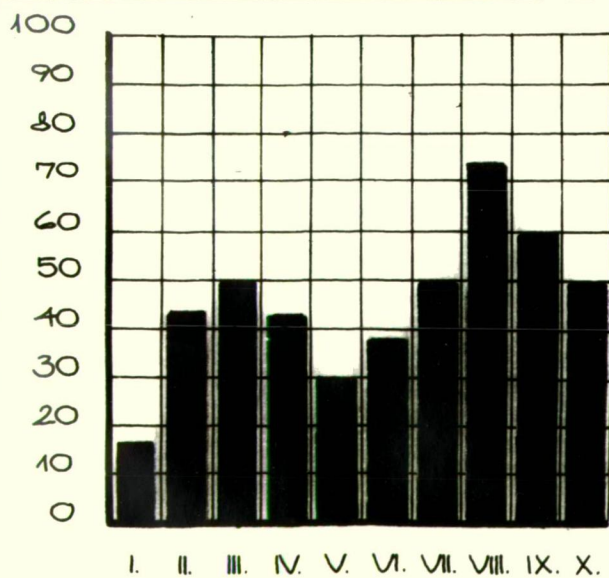
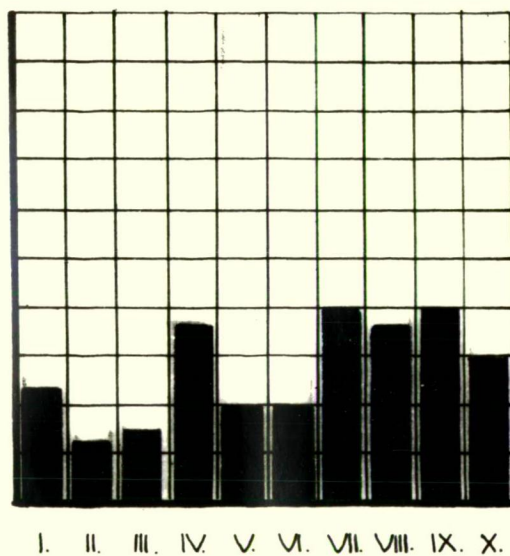
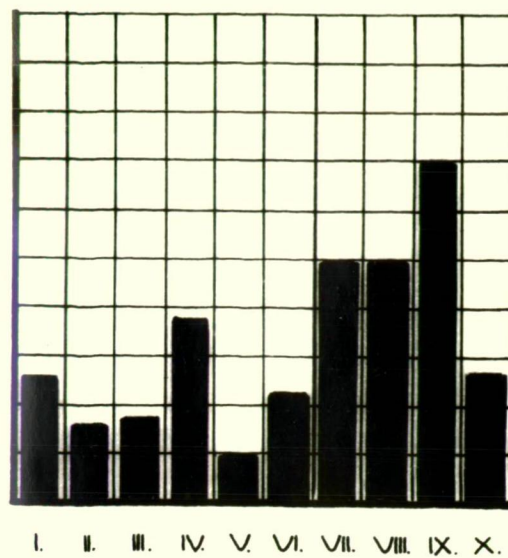
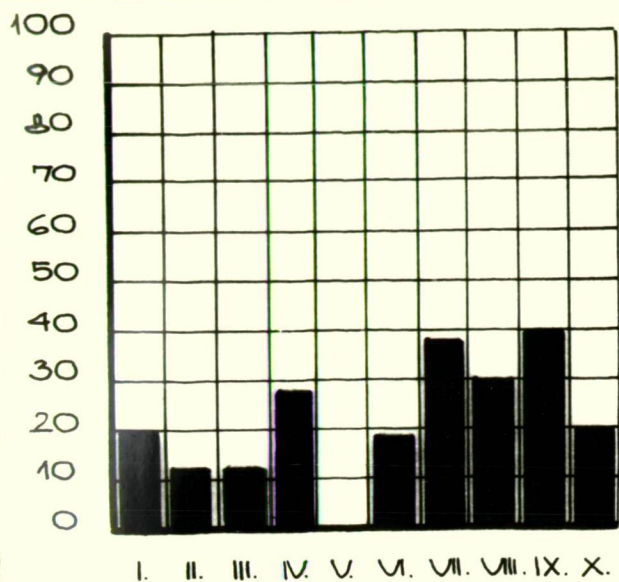
	Akusztikai %	Optikai %
1. Első vizsgálat	30	0
2. Gyógyszerszedés után	50	56
3. Gyógyszerkihagyás	70	56
4. Gyógyszerszedés újra	70	25
5. — " —	60	50

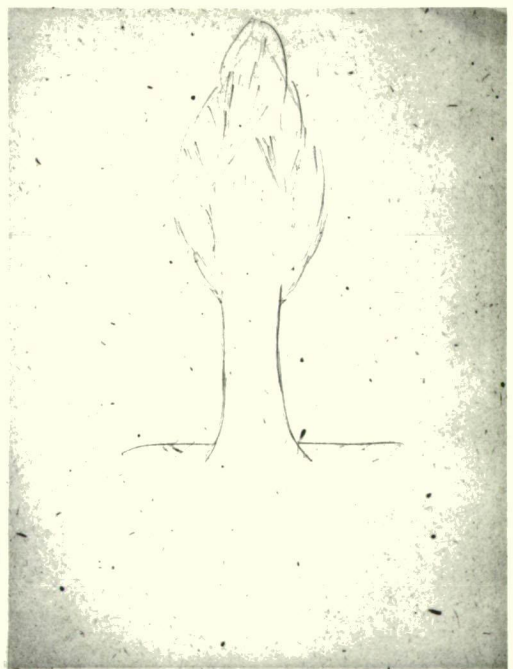
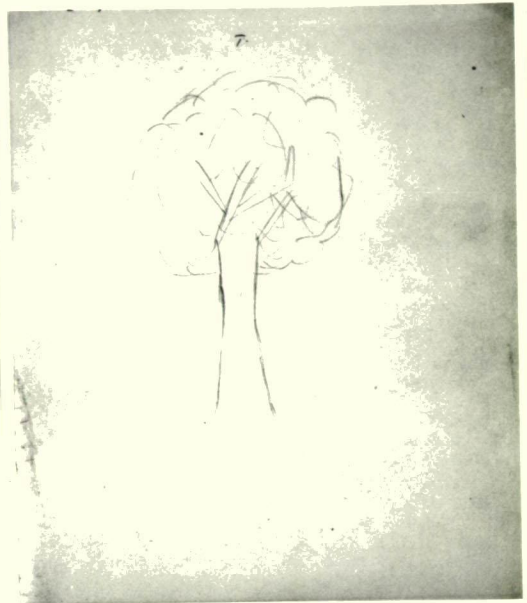
Ranschburg-Ziehen szópárvizsgálat

	Egyenes sorrend				Fordított sorrend			
	%				%			
	1'	10'	1 ^h	24 ^h	1'	10'	1 ^h	24 ^h
<u>Főnév - főnévvel</u>								
1. Első vizsgálat	90	90	80	60	100	100	70	60
2. Gyógyszerszedés után	100	100	100	90	100	100	100	90
3. Gyógyszerkihagyás	100	100	100	100	100	100	100	100
4. Gyógyszerszedés újra	100	100	100	100	100	100	100	100
5. — „ —	100	100	100	-	100	100	100	-

<u>Főnév - melléknévvel</u>								
1. Első vizsgálat	100	100	80	50	100	100	90	60
2. Gyógyszerszedés után	100	100	100	80	100	90	100	80
3. Gyógyszerkihagyás	100	100	100	100	100	100	100	100
4. Gyógyszerszedés újra	100	100	100	100	100	100	100	100
5. — „ —	100	100	100	-	100	100	100	-

<u>Főnév - igével</u>								
1. Első vizsgálat	60	60	40	50	70	90	70	60
2. Gyógyszerszedés után	90	100	100	80	100	100	100	90
3. Gyógyszerkihagyás	100	100	100	100	100	100	100	100
4. Gyógyszerszedés újra	100	100	100	100	100	100	100	100
5. — „ —	100	100	100	-	100	100	100	-







I.



9. eset. O.I., 21 éves, orvostanhallgató.

Gyermekebetegségei: morbilli, varicella, parotitis epidemica, scarlatina, dysenteria. Tonsillektomián átesett gyakori tonsillitis miatt. Később tonsilla-residiumot távolítottak el. Szinte állandóan fáj a torka.

Bejövetele előtt egy ízben két-három percre elvesztette eszméletét. Azóta állandóan fáj a feje, fáradékony, nehezen tanul.

Szemész: mindkét, de inkább a bal papilla alul elmosódott határu. Teltebb vénák. Vakfoltok normálisak, egyenlőek.

EEG-lelet kifejezett görcskészség mellett szól.

Az első vizsgálat alkalmával a többi beteghez hasonló szorongó, félszeg állapot volt észlelhető. Az exploratio során elmondja, hogy az utóbbi hónapokban "a tanulás nehezebben megy", az anyag elsajátításához több időre van szüksége, azt rövid idő alatt elfelejti. Könnyen elfárad.

A Bourdon- és az összehasonlító-vizsgálatban csupán enyhefoku figyelemzavar mutatkozik.

A Ziehen-próbában megjegyző emlékezésének zavara jelentkezik, 5 számtagból álló számsornál csak az első négyet tudta reprodukálni. Megtartó emlékezésének fogyatékoságára utal a Ranschburg-Ziehenéféle szópárvizsgálatban nyújtott gyenge teljesítménye.

A Rorschach-vizsgálat folyamán 37 perc alatt 29 értelmezést adott.

Felfogótípus: G - D. /G + % = 40 %/

F + % = 51 % B /mozgásválasz/ = 1.

Élménytípus: extratensiós élménytípus.

Tartalmi adatok: T % = 51 %

M % = 14 %

Pfl. % = 14 %

Anat. % = 7 %

A jegyzőkönyv adatait egybevetve, egy jó intelligenciájú, gyakorlati gondolkodású és cselekvésű egyénre utal, aki azonban képességénél gyengébben teljesít. Az alacsony F + %, Do és HdF válaszai a gyors kifáradás mellett szólnak. Érzelmi téren gátolt. Fokozottan érzékeny. Labilis affektivitású, viszont gátlásai miatt stabilisnak látszik. Az alkalmazkodás energiájának nagy részét igénybe veszi, ez gyors kimerülést eredményez.

A tíz feladatból álló teljesítmény-vizsgálat grafikonja a lényegmegragadás, a szabályfelismerés képességében, a kombináció képességében és az akusztikai úton nyert ismereteinek megtartó képességében mutat kiesést.

Rajzaiban az ábrázolás sematikus formában jelentkezik. A térkihasználás hiányzik. Rajzai kuszák, részletekben igen szegényesek, merevek.

A beteg 20 napon keresztül kapott Panthenol-pyridoxin injekciókat. Ezt követően megismételtük a psycho-

lógiai vizsgálatokat.

A második vizsgálatkor hangulatában javulás mutatkozott, kiegyensúlyozottabbnak látszott. Jobb közérzetről önmaga is beszámolt.

A Bourdon- és összehasonlítópróbában figyelme javul. Ezt az akusztikai - és optikai név- és számemlékezet-vizsgálat, valamint a Révész-Nagy-féle számolási feladat eredményei is alátámasztják.

A Ziehen-próba negativitása eltűnt, megjegyző és megtartó emlékezésének zavara lényegesen csökkent /lásd a táblázatban a Ranschburg-Ziehen-féle szópárvizsgálat eredményeit!/.

A tiz feladatból álló teljesítmény-próbában lényegesen jobban teljesített /Lásd a grafikont!/.

A Rorschach-jegyzőkönyvben 26 válasz szerepel, melyet 24 perc alatt nyújtott. Ezzel a reakcióidő csökkent. Felfogótípus: G - D.

A felfogás menete: $F + \% = 71 \%$

B = 1 felelet.

Szinválaszai: fokozott érzékenységre mutatnak.

Élménytípus: extratensiós élménytípus.

A feleletek tartalmi vonatkozásban gazdagabbak, egymáshoz való arányszámaik kiegyensúlyozottabb személyiségre, jó értelmi képességekre mutatnak, gátlásai csökkentek. Labilis affektivitása változatlan.

Rajzaiban meglepően jó térkihasználás lépett fel. Vonalvezetése még "tremoros", szaggatott vonalú rajzai azonban formai és tartalmi gazdagságban kedvező javulást tükröznek. A merev, kusza vonalakat - különösen a farajzokban - még megtaláljuk.

Ezután még öt héten keresztül ambulanter kapott Panthenolt, pyridoxint, és Glutarec-tablettákat, majd ezt követően nem szedett semmit. A kezelés hatására a beteg fejfájása csökkent, a tanulás jobban ment, "fogékonyabb" volt.

Ekkor megismételtük a vizsgálatokat. EEG: az előző vizsgálathoz képest kifejezett görcskésztség-növekedést, visszaesést mutat.

Harmadik vizsgálatkor szubjektív panaszai ismét jelentkeztek. Insufficienciáról, fáradékonyságról, tanulási sikertelenségről számol be.

A Bourdon- és összehasonlító-próbában figyelmének koncentrációja terén eltérés nem mutatkozik.

A Ziehen-próbában megjegyző emlékezésének zavara jelentkezik. Az öt számból csak négyet volt képes megjegyezni, reprodukálni. Megtartó emlékezése is hanyatlást árul el. Az akusztikai- és optikai név- és számemlékezet, valamint a Ranschburg-Ziehen-féle szópárvizsgálat is hanyatlás mellett tanuskodik.

Meglepő teljesítménycsökkenés állott elő a tíz feladatból álló próbában.

A Rorschach-vizsgálat alkalmával 27 perc alatt 25 értelmezhető választ adott. A reakció ideje megnyult.

Felfogástípus: G - D.

Szukcesszió: rendezett.

F + % = 39 %.

B felelet: * 0.

Depressziós hangulatra utaló jelek megjelentek.

Élménytípus: extratensiós.

Tartalmi adatok: T % = 56 %.

Pfl.% = 27 %.

A jegyzőkönyv adatai az egyébként jó intellektusu v.sz.-nél ismét személyiségzavarra utalnak. Nagyfoku gátlást, nehéz alkalmazkodást, gyors kifáradást, labilis affektivitást regisztráló jegyzőkönyv.

Relapsus mutatkozik a rajzokban is, melyek kuszáltabbak az előző alkalommal teljesített rajzainál. Erősen tremoros vonalvezetésűek, tartalmilag sivárak, merevek, határozatlanok. Psychomotoros érintettséget valószínűsítene.

Ezután tartósan szedett Panthenolt, pyridoxint és Glutarec-tablettákat. A pszichológiai vizsgálatot tíz hónap múlva újra elvégeztük /10 feladatos teljesítménypróba, és a rajzeljárásokat/. Teljesítőképességének rendeződése a mellékelt grafikonon szemléletes. Hasonlóképpen rendezettebbek, kifejezőbbek, arányosak rajzai is. Egyetemi tanulmányaiban újra jó eredményeket ér el, tud tanulni, és a tanult anyagot jól megőrzi, reprodukálja.

A gyógyszer folyamatos szedése után a vizsgálatokat két év múlva ismét elvégeztük.

A teljesítménypróbákban szintjéhez mérten, jól teljesít. A Wechsler-szerinti próbában az igen magas intellektuális övezet felső határán teljesít. A személyiségpróbák szerint harmonikus, kedvező személyiségképet jelez /enyhe infantilizmusra utalást találunk/. A Rorschach-próbában az orgános jegyek száma elenyésző, sch + jegy egy sem található a jegyzőkönyvben. ÉT: extravertált. F +₁ % 85 %. Szinválasz: 2 FFb+, 1 F/Fb/+, 1 FbF₊, 1 B felelet. Vulgáris válaszok: 55 %.

Rajzai állapotát kifejezőek.

	Bourdon- próba %	Összehasonlító- próba %	Ziehen- próba
1. Első vizsgálat	98	94	++
2. Gyógyszerszedés után	98	100	-
3. "	100	100	++

Név- és számemlékezet

	Akusztikai %	Optikai %
1. Első vizsgálat	40	87
2. Gyógyszerszedés után	80	81
3. "	50	56

Ranschburg-Ziehen szópárvizsgálat

Egyenes sorrend				Fordított sorrend			
%				%			
1'	10'	1 ^h	24 ^h	1'	10'	1 ^h	24 ^h

Főnév - főnévvel

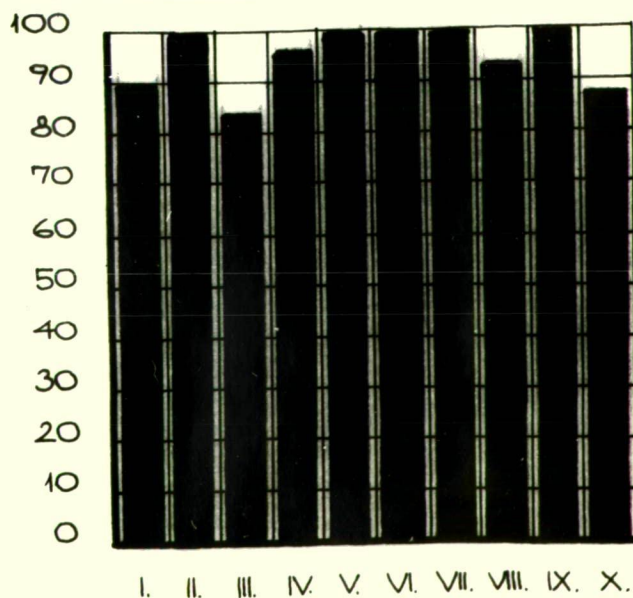
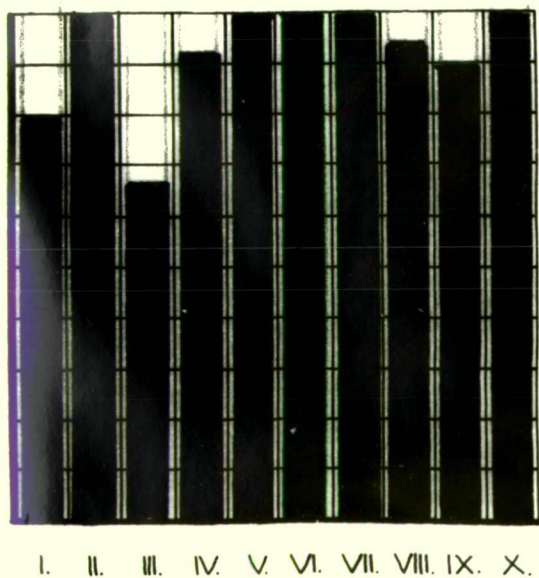
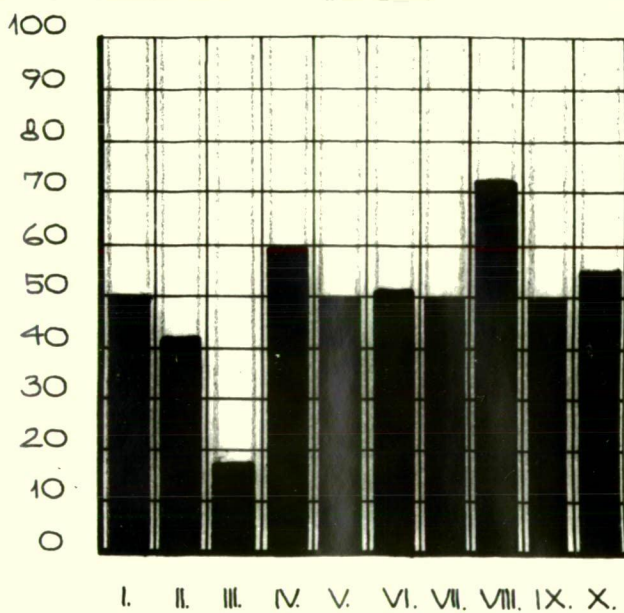
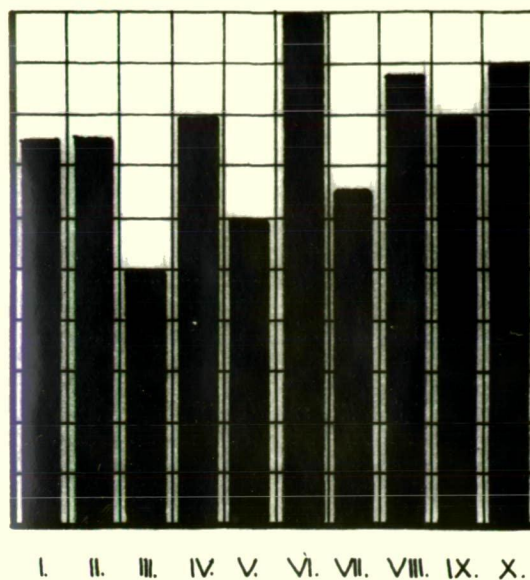
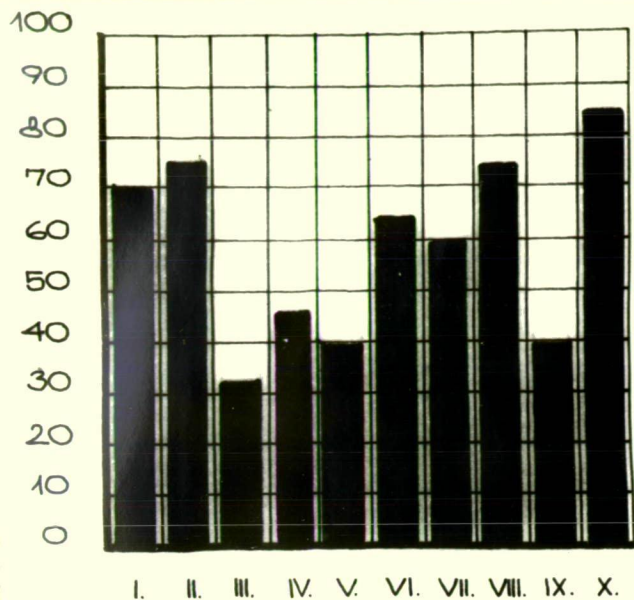
1. Első vizsgálat	60	100	80	90	80	90	90	90
2. Gyógyszerszedés után	100	90	100	-	90	90	80	-
3. "	100	80	80	-	90	90	80	-

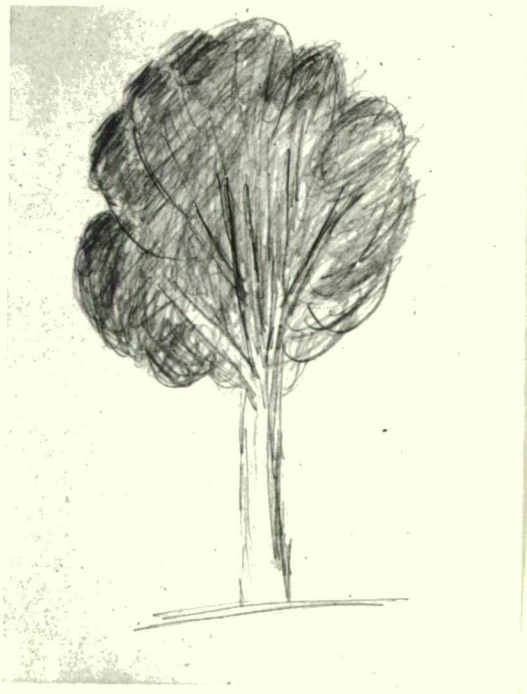
Főnév - melléknévvel

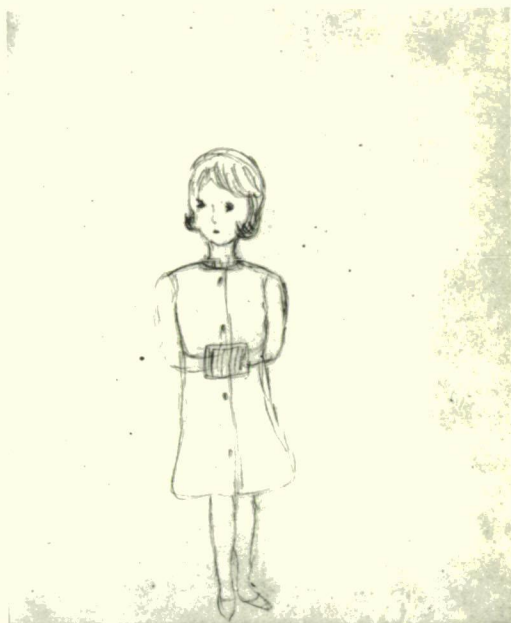
1. Első vizsgálat	90	90	80	100	100	100	100	100
2. Gyógyszerszedés után	100	100	100	-	100	100	100	-
3. "	100	100	80	-	90	80	80	-

Főnév - igével

1. Első vizsgálat	80	60	60	60	90	100	80	80
2. Gyógyszerszedés után	80	70	80	-	90	90	90	-
3. "	80	70	60	-	90	80	70	-







15. eset. D.J.-né, 41 éves nőbeteg. Érettségizett.

Első alkalommal, bár jó kooperációs készséget mutatott, a beszélgetés folyamán szükszavu volt, az egész vizsgálat alatt nagyfoku szorongás volt észlelhető.

A Bourdon-, az összehasonlító- és a név- és szám- emlékezetet vizsgáló próbákban a figyelem-koncentráció, valamint a megjegyző-, megtartó emlékezés zavara tükröződött.

A tiz feladatból álló teljesítménypróbában különösen a logikai ítélet, a meghatározás, a lényegmegragadás, a szabályfelismerés, a kombinációs képesség terén jelentkezett nagymérvű kiesés.

A Rorschach-vizsgálatkor csupán 9 értékelhető értelmezést adott, a IX. táblánál elakadt, azt képtelen volt értelmezni. Válaszaiban ötletszegény, asszociációs képzetkészletének sivársága mellett, a teljesítményre való törekvés mutatkozik. Belső produktivitása nagymértékben csökkent. Érzelmi életének külső megnyilvánulásai hiányoznak, kevésbé befolyásolható, depressív hangulatu, a külvilággal kapcsolatát részben elvesztette, az elidegenedés jelei mutatkoznak.

Rajzai tremoros vonalúak, erősen sematikusak, erősen hiányosak, kuszák, merevek.

Második alkalommal történt vizsgálatkor szorongása fokozódott, félszega erőződött. A részvizsgálá-

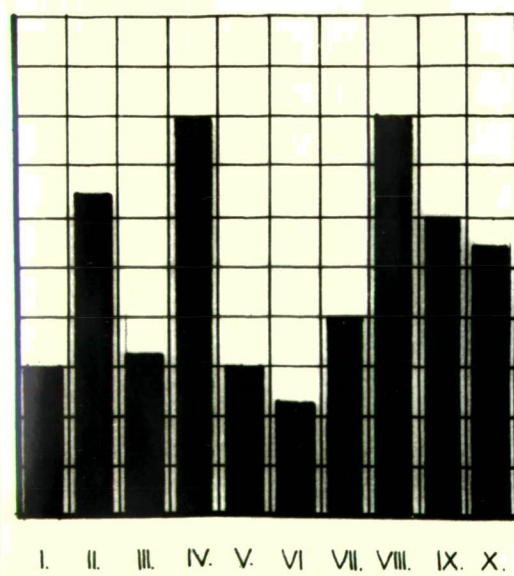
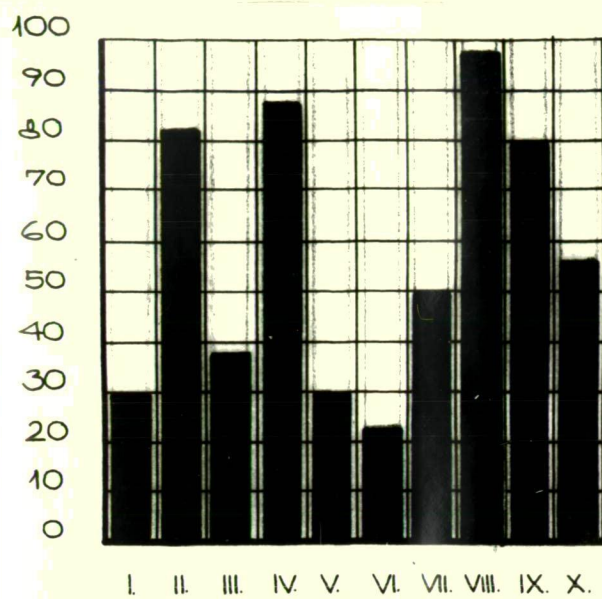
tok eredményei egybevágóan progrediáló hanyatlásra utalnak.

Ezt az esetet annak illusztrálására mutatom be, hogy az első vizsgálat után tartós Pantothén-pyridoxin kezelésben nem részesült, mivel sensitivitása miatt a therapiás kezeléssel járó "kellemetlenségeket" kerülte, kényelmetlennek tartotta, inkább a mások által ajánlott gyógyszereket szedte. Egy évi várakozás után sem szüntek meg eredeti panaszai, sőt azok mind elviselhetetlenebbekké váltak; újra jelentkezett klinikánkon, amikor is teljesítménye tovább romlott.

	Bourdon- próba %	Összehasonlító- próba %	Ziehen- próba
1. Első vizsgálat	92	72	-
2. Gyógyszerszedés után	90	55	-

Név- és számemlékezet

	Akusztikai %	Optikai %
1. Első vizsgálat	80	56
2. Gyógyszerszedés után	60	56



18. eset. K.P.-né, 24 éves nőbeteg. Az általános iskola 8 osztályát elvégezte, közepes eredménnyel.

Anamnesisében 8 éve szerepel fejtetőtáji fájás, mely két éve fokozódott. Szédül, kába, hányingere van. Egyéve feledékeny, ideges.

Előző betegségei közül parotitis epidemica és gyakori tonsillitisek említendők.

Első alkalommal nagyfoku szorongás, gátoltság, félszegség, mellett, végig készségesen közreműködött.

A Bourdon- és összehasonlító-próba csak igen rövid időre koncentrálható, kóros figyelmet mutat.

A Ziehenépróbában megjegyző- és megtartó emlékezésének zavara jelentkezik. Ezzel egyezik a Ranschburg-Ziehen-féle szópárvizsgálat, valamint az akusztikai- és optikai név- és számemlékezetet vizsgáló eljárás.

A Rorschach-jegyzőkönyvben 12 perc alatt 9 értelmezést nyújtott, vagyis a reakció ideje az átlagosnál hosszabb.

A felfogó típus: G.

F + % = 71 %. B = 1 felelet.

Színfelelet: nincs.

Hd. felelet: sötét jellegű.

Élménytípus: koartatív, beszűkült élménytípus.

Az összadatok nagyfokú félelmet, aggodást, szorongást, depressív hangulatot jeleznek. Alkalmazkodási készsége minimális. Nehézkes motilitás és beszédkészség.

Rajzai: iniciatívaszegény, insufficiens-érzéssel gyötört, kiegyensúlyozatlan beteg képét vetítik. Rajzait a felső balsarokba szorítja, vonalai kuszá, szaggatottak, tremorosak. Az emberrajzok riadt, vagy lehangolt arckifejezésűek.

Az exploráció folyamán elmondja, hogy évek óta fáj a feje, az utóbbi időben feledékenyebb, nagyon kell figyelnie, hogy a hozzáintézett beszédet megértse.

Mostohaapja durva volt hozzá. Vőlegénye "jól bánt" vele, ezért feleségül ment hozzá. Nem szerelmi házasságot kötött. "Talán még ma sem tudom, mi a szerelem - mondja -, nem kívánom a férjemet. Kőtekedő, mindig veszekszünk. Hideg vagyok hozzá, emiatt is van nézeteltérés köztünk. Tetőfokára az élvezetnek még nem jutottam el soha. Nem kedves hozzám a férjem, még a szerelmi életünkben sem. Többször beszéltünk már arról, hogy elválunk, nem szeretem a férjem." Szórakozni nem járnak, egyedüli szórakozása a TV. Férje féltékeny, vádolja, hogy másokkal kapcsolatot tart, noha ez teljesen alaptalan. Házastársa elmaradozik, iszik, kártyázik. "Az ital már teljesen megbolondította." A végén elérzékenyedett, zokogott. Végül megnyugodott.

Második vizsgálat teljesítményei minimálisan emelkedtek ugyan, de még mindig kórosak, viszont a személyi-

séget vizsgáló testek eredményei kedvezőtlenebbek az első vizsgálat eredményeinél. Nagyfoku szorongás, aggodás mutatkozik az egész vizsgálat alatt.

Harmadik vizsgálatkor számszerű teljesítménypróbáiban további enyhe teljesítményemelkedést mutat, kóros voltának megtartása mellett. A személyiségvizsgáló eljárások szorongásának, aggodásának, gátoltságának - általános psychés képének - hanyatlását, progrediálását regisztrálják.

A Rorschach-jegyzőkönyvben csak 7 értékelhető választ adott, a VI. és VII. képen sex. shock jelentkezett, a IX. táblát képtelen volt értelmezni, szín- és Hd.-shock többször előfordult, vagyis neurotikus voltának erősödését bizonyító jelek sűrűsödve léptek fel.

Rajzai sivarak, hiányosak.

Hosszantartó Panthenol-pyridoxin-tbl. szedése után került ellenőrző vizsgálatra. Egész megjelenése megváltozott. Az azelőtt félszeg, szorongó, halk- és szűkszavu beteg mosolygós, derűs hangulatúvá, beszédessé vált. A vizsgálat alatt jól kooperált, teljesítménye a saját értelmi körén belül meglepően jó, az előző vizsgálatokkal összevetve.

Rorschach-próba. 18 választ adott az előző 9-el szemben. Felfogó típus: koartatív. MF: sensorális tendencia. IT. Hd tendenciával. $F + \%_1 = 87 \%$, $F + \%_2 = 88\%$.

Regressio-index = valószínűen normális /előzőleg: valószínű regressio/. Realitás-index = valószínűen normális, az előző: valószínű regressio. Az orgános skálán 1 jegy szerepel, az előző 5-el szemben. A sch. skálán: + 2; -3 /kizárható/. Előzőben: +7; -3 /valószínűsített!/. Vulgáris % = 50 %.

Személyiségének kedvező állapotát tükrözik rajzai is.

	Bourdon- próba %	Összehasonlító- próba %	Ziehen- próba
1. Első vizsgálat	81	72	+++
2. Gyógyszerszedés után	93	66	++
3. "	96	72	-

Név- és számemlékezet

	Akusztikai %	Optikai %
1. Első vizsgálat	80	50
2. Gyógyszerszedés után	70	81
3. "	90	68

Ranschburg-Ziehen szópárvizsgálat

	Egyenes sorrend				Fordított sorrend			
	1'	10'	1 ^h	24 ^h	1'	10'	1 ^h	24 ^h
<u>Főnév - főnévvel</u>								
1. Első vizsgálat	100	80	70	-	80	70	70	-
2. Gyógyszerszedés után	100	90	90	-	100	100	100	-
3. "	90	90	100	-	100	100	100	-

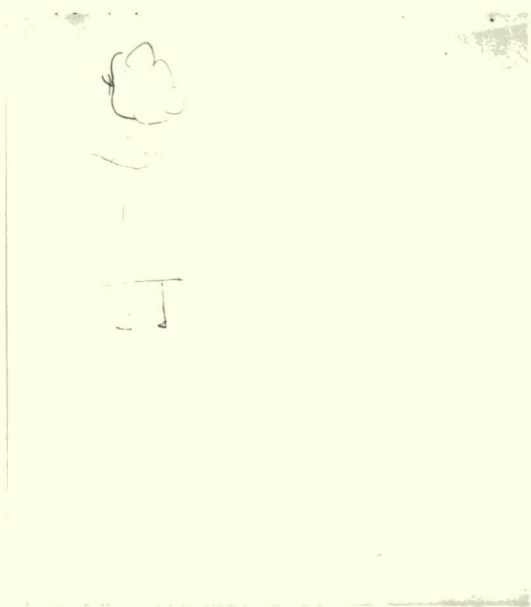
<u>Főnév - melléknévvel</u>								
1. Első vizsgálat	90	70	70	-	90	80	80	-
2. Gyógyszerszedés után	90	100	90	-	90	90	90	-
3. "	100	100	90	-	90	90	90	-

<u>Főnév - igével</u>								
1. Első vizsgálat	60	50	50	-	90	70	70	-
2. Gyógyszerszedés után	90	70	70	-	90	90	90	-
3. "	60	70	80	-	100	100	90	-

20. eset. K.M., 20 éves, leánybeteg; érettségizett.
Laboráns.

Anamnesisében a jellemző panaszok szerepelnek.

Az első alkalommal készített, valamint gyógyszerelés után készült rajzai is szemléletesen mutatják psychés rendeződését.

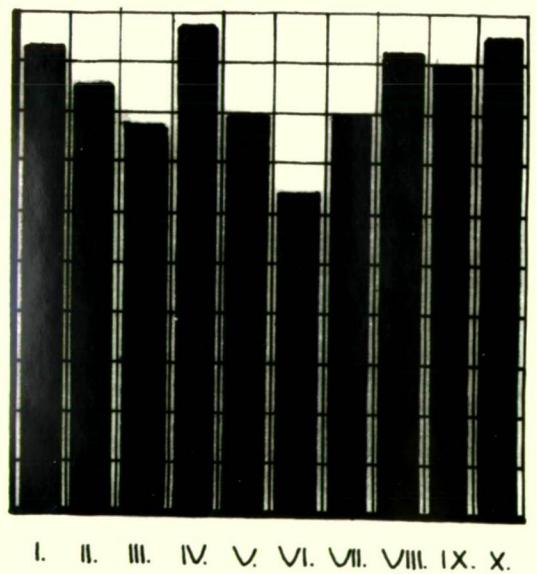
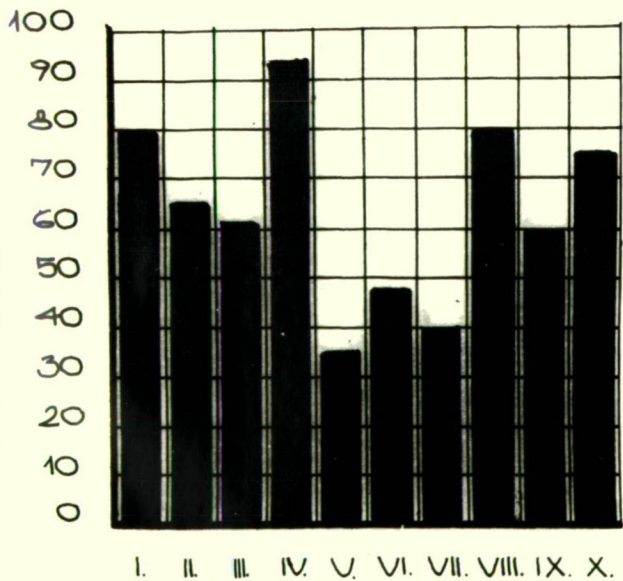
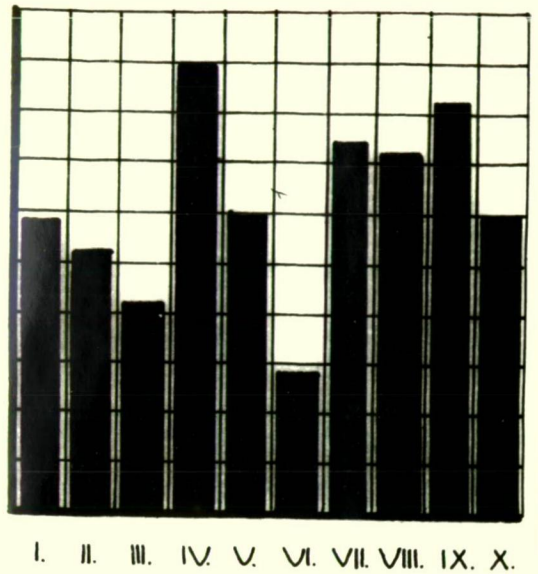
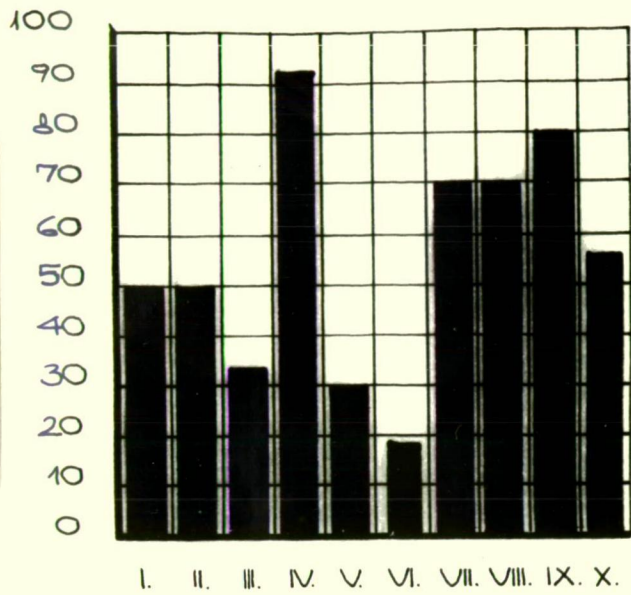


42. eset. M.E. 23 éves nőbeteg. Felső gépipari technikumban érettségizett, jelenleg II. éves műegyetemi hallgató.

Kb két hónappal ezelőtt kezdődtek panaszai, melyek beteganyagunkra jellemzőek. Fáradékony, nehezen tanul, mindent elfelejt azóta.

Az elvégzett vizsgálatok közül a tíz feladatból álló teljesítménypróbában igazolódottnak látszik a gyógyszerelés utáni szubjektív megállapítása, hogy lényegesen jobban érzi magát. "A tanulás is jobban megy" - mondotta.

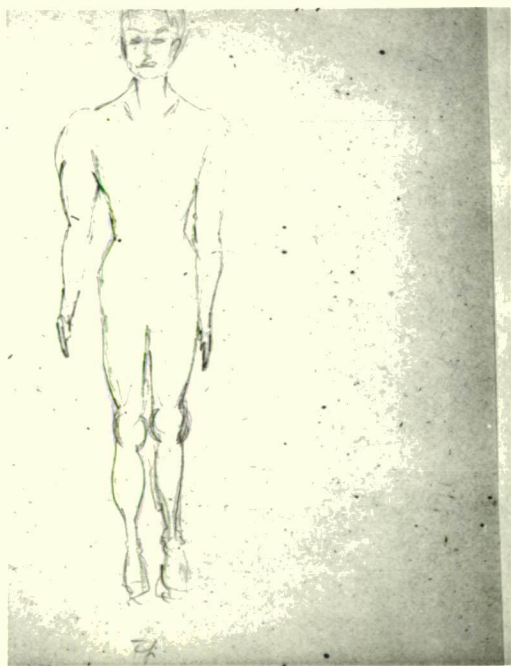
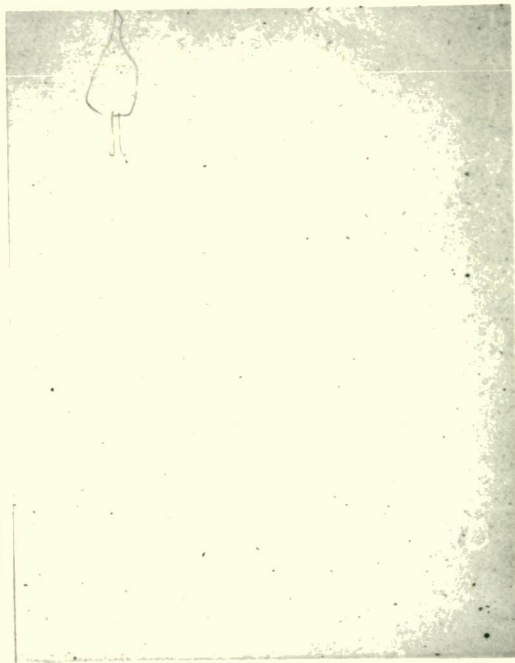
Harmadik vizsgálata akkor készült, amikor a gyógyszereszedést időközben elhagyta, és panaszai kiújultak. Az ezt követő tartós Panthenol-pyridoxin-tbl. szedése után készült vizsgálatáról készült grafikon szinte eredeti nivóján való teljesítést regisztrál.



63. eset.

P.J., 22 éves nőbeteg. Egyetemi hallgató.

Panaszai a lymphogen encephalopathiásokra jellemző. Mellékelt rajzai személyiségének rendeződését, gazdagodását szemléltetik.



71. eset. M.É., 16 éves, középiskolai tanuló
/iparművész-tagozat/

1969 január óta szinte állandóan fáj a feje. Egyik városunk kórházának idegosztályán már feküdt "kimerültség" miatt - mint mondja. Nem javult azóta sem. Azon gyötri magát, hogy semmi sem marad meg benne. Fél állandóan. "Életundora" van, semmi sem érdekli.

Egy alkalommal vizsgáltuk eddig, rajzait érdekes megtekinteni. Különösen a Fa-rajz elhelyezése, ábrázolása támasztja alá tapasztalatainkat. Alak-rajza is kuszált, "borongós hangulatu".

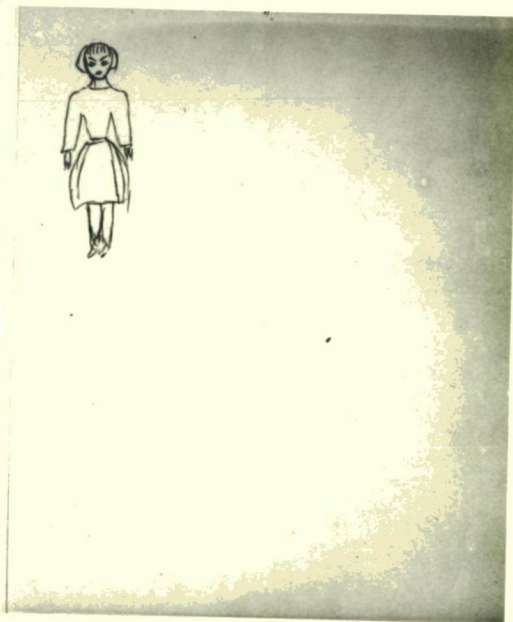


75. eset. Sz.M.-né, 26 éves. Szigorló orvos.

Tonsillái igen gyakran gyulladtak voltak. Sok zavart okoztak, két évvel ezelőtt tonsillektomia történt.

Néhány hónappal ezelőtt fejfájás lépett fel, azóta hamar elfárad, kimerül. Gyakran szorong. Gyermekkorától félelmet érez. Amióta a panaszok felléptek, nehezebben tanul, teljesítménye csökkent, holott mindig jó és kitűnő tanuló volt.

Ezideig egy alkalommal vizsgáltuk. A mellékelt produktumai az eddig tapasztaltakat mutatja.



ÖSSZEFOGLALÁS

Következtetések

Betegeink esetében, azok multikauzális összefüggéseit kutatva, poliiform módon, vagyis több dimenzióális vizsgálati eljárások tükrében úgy láttuk, hogy személyiségükben különböző zavarok léptek fel. Ezek a "torzulások" azonban nem a személyiség alapszerkezetét, hanem funkcionálását érintették. Tehát a lymphogen encephalopathia esetében a személyiség funkciói módosulnak; ekkor állnak elő különböző zavarok, mint pl. emlékezet, figyelem, kombináló képesség, stb. terén.

A funkció és a szerkezet dialektikus összefüggésben van egymással. A mi eseteinkben is azt tapasztaltuk, hogy a személyiség egyéb tulajdonságai /képesség, jellem, irányultság, stb/ minimálisan érintettek. Ellenben, a személyiség állapotát, érzelmi életét, a környezettel való kapcsolatát emocionális, intellektuális, esztétikai, morális praxikus

teljesítményt követelő érzelmek, valamint az egész psychomotoros tempó, a teljesítményt követő siker-élmények, egész orientációjuk területén súlyos torzulások jelentkeztek. Ez a torzulás olykor annyira feltűnő volt egyes betegeinknél, hogy nem egyszer a schizophrenia lehetősége is felmerült. Az elvégzett személyiségvizsgálati eljárások, pl. a Rorschach-próba, ezekben az esetekben a schizophrenia lehetőségét valószínűsítette, sőt előfordult, hogy annak létét igazolta a schizophren skála pozitív és negatív jegyeinek megléte alapján. Mégis, amikor ezek a betegek Panthenol-pyridoxin-, néha még Glutarec-kezelést is kaptak, rövid idő alatt rapidan, az integrálódási folyamat mutatkozott, érzékelhetővé vált egyrészt a betegek önvallomásai, szubjektív érzései, a somatikus állapotukat vizsgáló klinikai eljárások, másrészt az elvégzett pszichológiai vizsgálatok alapján. A Rorschach-jegyzőkönyben a pozitivitás mellett szóló jegyek eltűntek. Somatikus állapotukat vizsgáló eljárások eredményei, azok leletei nem minden esetben egyeztek teljesen a psychikum vizsgálati leleteivel. Ez abból adódott, hogy a központi idegrendszer anyagcseréje a "legsérülékenyebb" funkciókat befolyásolja legkorábban és legkönnyebben, vagyis: a psychés funkciókat. A megzavart anyagcsere folytán előállott hiányállapot javítását célzó medikális be-

avatkozásra a psychés funkciók reagálnak a legérzékenyebben. Ez a hullámozás a medikációs befolyásolással synchron globálisan javult, a betegek psychés teljesítménye, illetve visszaesett indifferens szerek adására, vagy a gyógyszerek kihagyására. Megemlítendő, hogy a későbbi vizsgálatokban a visszaesés az első vizsgálat legalacsonyabb teljesítményszintjére nem esett vissza.

Itt szeretnék egy kérdésre kitérni. Vannak, akik a psychés vizsgálatok értékét kétségbevonják azzal, hogy a teljesítmények azért emelkednek a későbbi vizsgálatok alkalmával, mert a második, harmadik, stb. vizsgálatkor a betegek már megismerkedtek a vizsgáló személyével, a szituációval, a feladatokkal, ezek egy részére emlékeznek, megtanulták, stb. Viszont: miért van akkor az, hogy a második és harmadik vizsgálatkor a teljesítmény értékelhetően csak akkor emelkedik /!/, ha előtte medikációs therapiában részesült, és amennyiben ez kimaradt, vagy csupán indifferens szereket kapott, a teljesítmény csökkenése azonnal bekövetkezett, akár az 5. vagy x. számú vizsgálatkor, amikor a feladatoknak még ismertebbekké kellett volna válnia, az előbb említett kétkedéses gondolatmenet szerint.

Összefoglalva. betegeinkre jellemző:

Akarati tevékenységük beszűkült, a mérlegelés-, az elhatározás, a cselekvésre mozgósító tevékenység motivuma, kóros akaratgyengeség nyulvánul meg, amely nemcsak a motorikus cselekvésekre, hanem általában áttevődött az egész psychikus tevékenységekre. Apathiájuk befolyásolja magatartásukat, életvezetésüket, teljesítményüket. Szürkiti érzelmi életüket, illetve hiszteroid ötvözés alkalmával színezik azt. Beszűkült a kapcsolatuk a környezettel, az attól kapott inger mennyiségre nem aktiválódnak megfelelően, szinte megbénult az információs ingerek csökkentésének, illetve növelésének képessége. Ez az egyensúlyzavar állandó feszültséget idéz elő, önmagukkal szinte képtelenek az egyensúly helyreállítására.

Érzelmi életükben elsivárodottak. A környezettel való kapcsolatuk, viszonyuk meglazul. A lehangoltság, szomoruság, félelem-érzése dominálódik. A negatív érzelmek tulsulya nagyfoku passzivitást eredményezett emociójukban, érzelmi életükben. Organikus, somatikus szükségleteik kielégítésében hasonlóképpen közönyösek.

Az állandó feszültség egyeseknél gátlásos folyamatokat alakított ki, koncentrációs képességük zavarttá vált, szinte desorganizált lett magatartásuk, társadalmi beilleszkedésük; míg másoknál az állandó feszültség

növekvő aktivitást, viharos érzelmi átéléseket eredményezett. Viszont azonos mindannyiójuknál: meggyengült a tudat ellenőrző, irányító szerepe a viselkedés, magatartás terén. A szellemi teljesítmény csökkenése időleges, a betegek saját önkontrolljai is ezt igazolják.

A kórlefolyás közben végzett psychés vizsgálatok a betegek által elmondott kedvezőbb vagy kedvezőtlenebb állapotuknak "szellemi tevékenységüknek" megfelelő képet nyújtanak, azaz az elmondottakkal egybevágnek. Éppen ez indokolta a betegeknél pszichológiai vizsgálatok bevezetését, és kórlefolyásuk alatt többszöri psychés kontrolljukat.

Megfigyelésünk szerint az érzelmi labilitás mellett a mentális teljesítmény hanyatlása csak időleges.

Mivel betegeinknél oly feltűnő a psychés hanyatlás, hogy a felületes szemlélőben felmerülhet az oligophrenia vagy dementia lehetősége, ezért feltétlenül szükséges annak kihangsúlyozása, miszerint kizárólag pseudo-dementiáról van szó, mivel a csökkent teljesítmény csak időleges regressio, amely állapot javul az adaequat therapia alkalmazásával.

Személyiségük általános zavartsága, "torzultsága", elszíntelenedése, a regressív vonások ellenére, a pszichotikus folyamat kizárható, ezzel szemben feltűnő betegeinknél a "schizoid-katatóniform"- /olykor hiszteroid színeződésű/ személyiséggel járó tünetképződés.

Ismételten kihangsúlyozom, hogy az elvégzett vizsgálatok adatai felhívó jellegűek, amelyeket az explorációval, a beteg anamnesisével, valamint a többi klinikai leletekkel együtt szabad csak elfogadnunk.

A pszichológiai vizsgálatok "értékelésekor nem szabad szem előtt téveszteni azt az általános elvet, hogy az egyén alaps, megbízható megismeréséhez kizárólag - az individuális tesztvizsgálati eljárások mellett - a "hosszmetszetű" anamnesis, valamint az "elbeszélgetés" - vagyis az alapos és kimerítő exploráció - elengedhetetlen. Ha ettől eltérünk, és a csoportvizsgálatokat is az eltérésekhez kell sorolni - amelyek általában a durva szűrés lehetőségét adják -, a kapott eredmények használhatósága mind labilisabbá válhat"

/WAGNER-KISZELY 1968/.

Öncélmértékelnünk még akkor sem szabad, ha a gyakorlat folyamán a kapott eredmények szinte "beszédese", folyamatosan egybevágunk a klinikai képpel.

A lefolytatott szűrővizsgálatok folyamán több ízben is előfordult, hogy a pszichológiai "lelet" alapján fordult figyelmünk a lymphogen encephalopathia felé, és az azt követő klinikai vizsgálatok révén a betegség igazolódott. Még ilyen tapasztalatok után is óvakodnunk kell a pszichológiai leletek önmagukban való értékelésétől.

Végezetül köszönetet mondok Dr. FÖLDI Mihály egyetemi tanárnak, a szegedi Orvostudományi Egyetem II. sz. Belklinika igazgatójának, hogy a több mint egy évtizedes kutatómunkájába bevont; ezzel lehetőségét adta számos értékes tapasztalat gyűjtésének.

Köszönöm továbbá Dr. HUSZÁK István egyetemi tanárnak, a szegedi Ideg- és Elmeklinika igazgatójának, azt, hogy az elmúlt évek alatt az emberek megítélésében, az orvosi gondolkodásra, az emberen való segítségre, humanizmusra, megértésre nevelt, valamint Dr. VARGHA Miklós docens és Dr. SZILÁRD János adjunktus psichiátereknek igen értékes szakmai irányításukat, segítségüket.

És nem utolsó sorban a szegedi József Attila Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi és Psychológiai Tanszékének, különösen Dr. VECZKÓ József adjunktusnak gyakori értékes szakmai tanácsaiért hálás köszönetet mondok. Nélkülük ismereteim, tapasztalataim szegényebbek maradtak volna, és e munkám sem készülhetett volna el.

I r o d a l o m

1. ADORJÁNI Cs. - GÁLFI B. - SCHENKER L.: 1964. A gyógyszer-hatás objektív vizsgálata pszichológiai módszerek segítségével, Magyar Pszichológiai Szemle, 2. 242-248.
2. BASSZIN F.V.: 1961. A neofreudizmus kritikája, Magyar Pszichológiai Szemle, 1. 3-25.
3. BÁNLAKI E.: 1967. Szorongás hatása különböző értelmi fejlettségű 7-9 éves tanulók teljesítményére különböző pszichikus tenziót keltő kísérleti helyzetekben. Magyar Pszichológiai Szemle, 1. 135-141.
4. BENTON A.L.: 1961. Der BENTON-test. Hans Huber Verlag, Bern.
5. BOHM E.: 1957. Lehrbuch der RORSCHACH-Psychodiagnostik, Hans Huber Verlag, Bern.
6. BOHM E.: 1967. Psychodiagnostisches Vademekum, Hans Huber Verlag, Bern.
7. BÖSZÖRMÉNYI Z. - MOUSSONG-KOVÁCS E.: 1967. Orvosi pszichológia, Tankönyvkiadó, Budapest.
8. BUDA B.: 1967. Interperszonális kapcsolatok és szociálpszichológia. RÉTI E. szerkesztésében: A higiénés magatartás nevelési kérdései. Az egészségügyi Felfilágosítás IV. Orsz. Értekezlete Előadásai. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
9. DURÓ L.: 1967. Személyiség megfigyelési feladatok a gyakorlóéves tanárjelöltek iskolai munkájában. Magyar Pszichológiai Szemle, 1. 70-80.
10. DURÓ L.: 1967. A személyiség fejlődésének szociális tényezői, Magyar Pszichológiai Szemle, 3. 397-403.
11. DURÓ L.: 1967. A személyiség-megismerés hivatástudat-alkító hatásainak vizsgálata. Magyar Pszichológiai Szemle, 4. sz. 513-526.

12. DURÓ L.: 1967. A személyiség pszichológiájának tanulmányozása, Magyar Pszichológiai Szemle, 4. 584 - 588.
13. FÖLDI M., CSANDA E., TÓTH K., OBÁL F., MADARÁSZ I., ROMHÁNYI GY., VARGA L. és WAGNER Á.: 1964. A Melkerson-Rosenthal-Miescher syndroma /Cheilitis granulomatosa/ Orvosi Hetilap, 6. 245-251.
14. FÖLDI M., CSANDA E., TÓTH K., OBÁL F., MADARÁSZ I., ROMHÁNYI GY., VARGA L. und WAGNER Á.: 1964. Über das Melkersson-Rosenthal-Miescher-Syndrom. Münchener Medizinische Wochenschrift, 7. 296-302.
15. FÖLDI M., CSANDA E., CSILLIK B., MADARÁSZ I., OBÁL F., ZOLTÁN Ö., JÁKI Á.: 1966. A lymphogen encephalopathia tüneteinek kivédése pantothensav-pyridoxin kezeléssel, Magyar Tudományos Akadémia Biol. Orv. Tud. Oszt. Közl. 17, 101-120.
16. FÖLDI M., OBÁL F., KAHÁN Á., WAGNER Á., CSANDA E. és BÖRCSÖK E.: 1967. Lymphogen encephalopathia / Uj kórkép és kezelése / Orvosi Hetilap 20. 913-920.
17. FÖLDI M., OBÁL F., KAHÁN Á., WAGNER Á., CSANDA E., BÖRCSÖK E.: 1967. Lymphogene Encephalopathie. Acta Paediatrica Acad. Sci. Hung. 8. 171-204.
18. FÖLDI M., OBÁL F., SIMON M., BÖRCSÖK E., WAGNER Á., POLGÁR J., SCHNEIDER I., MAURER M. and LEHOTAI L.: 1968. Diagnostic Value of the Striation and Ridge Pattern on the Skin of the Neck in Cases of Lymphogenic Encephalopathy. Acta Paediatrica Academiae Scientiarum Hungaricae Vol. 9. /3-4/ pp. 273-277.
19. Földi M.: 1969. Diseases of Lymphatics and Lymph Circulation. Akadémiai Kiadó Budapest and Ch. C Thomas Publisher, Springfield.
20. GEGESI KISS - P. LIEBERMANN L.: 1962. Vegetativ /szomatikus / tünetekkel kísért személyiségzavarok gyermekkorban. Magy. Pszich. Szle, 2. 129-149.
21. GEGESI KISS - P.: 1963. A személyiségről, Magyar Pszichológiai Szemle 2. 195-205.

22. GEGESI KISS - P.LIEBERMANN: 1965. Személyiségzavarok gyermekkorban, Akadémiai Kiadó, Budapest.
23. GEGESI KISS P.: 1966. A klinikai pszichológia alapjairól, Akadémiai Kiadó, Budapest.
24. GEGESI KISS P.: 1966. Az ember és a környezet kapcsolatának jelentősége gyermekkorban. Magyar Pszichológiai Szemle 3. 333-342.
25. GERÉB GY.: 1962. Kísérletek a fáradtság lélektanának köréből, Akadémiai Kiadó, Budapest.
26. HARSÁNYI I.: 1964. 3-18 éves fiúk és lányok témajajzainak fejlődéslélektani sajátosságai, Pszichológiai Tanulmányok, VI. 139-166.
27. HÁRDI I.: 1964. Dinamikus rajzvizsgálatok pszichotrop szerekekkel végzett kezelés nyomán, Pszichológiai Tanulmányok VI. 421-432.
28. HÁRDI I.: 1965. A dinamikus rajzvizsgálat értelmezése, Pszichológiai Tanulmányok VII. 285-293.
29. HÁRDI I.: 1967. Konfrontáció a dinamikus rajzvizsgálatban, Magyar Pszichológiai Szemle, 4. 527-531.
30. HORVÁTH L. G.: 1967. Új módszer a személyiség megismerésére. Akadémiai Kiadó, Budapest.
31. KARDOS L.: 1965. Általános pszichológia, Tankönyvkiadó Budapest.
32. KON I. SZ.: 1969. Az én a társadalomban. Kossuth Könyvkiadó Budapest.
33. KOZÉKI B.: 1968. A pszichológiai tesztek alkalmazásáról a pedagógiai pszichológiában. Magyar Pszichológiai Szemle, 3. 457-461.
34. KOVALJOV A.G.: 1963. A pszichológiai folyamatoknak a személyiség állapotának és tulajdonságainak összefüggése, Magyar Pszichológiai Szemle, 2. 181-194.
35. LEONTYEV A.N.: 1968. A Szovjet pszichológia néhány távlati problémája, 1-2. 1-18.
36. LEONTYEV A.M.: 1961. A biológiai és társadalmi tényezők az ember pszichikus folyamataiban, Magyar Pszichológiai Szemle, 2. 137-152.

37. LÉNÁRD F.: 1947. Mit vizsgálnak az intelligencia-
tesztek? Magyar Pszichológiai Szemle,
1 - 2. 40-44.
38. LÉNÁRD F.: 1962. A gondolkodás folyamat strukturája
és az intelligenciavizsgálatok, Pszichológiai
Tanulmányok IV. 579-596.
39. LÉNÁRD F.; S. MOLNÁR E.: 1962. A tevékenység értel-
mezése a materialista pszichológiában, Magyar
Pszichológiai Szemle, 4. 408-419.
40. LÉNÁRD F.: /szerkesztésében/ 1967. A pszichológia
új útjai. A 18. Nemzetközi Pszichológiai Kong-
resszus, Moszkva, 1966. Gondolat Kiadó,
41. LURIJ A., R.: 1966. A XVIII. Nemzetközi Pszichológiai
Kongresszus, Magyar Pszichológiai Szemle,
1 - 2. 174 - 180.
42. MACHOOVER, K., LIEBERT, R.: 1960. Human Figura
Drawings of Schizophrenie and Normal Adults.
Arch. of General Psychiatry, 3. 139-152.
43. MÉREI F.: 1947. A Rorschach-táblák felszólító jelle-
ge, Magyar Pszichológiai Szemle 3-4. 115-125.
44. MÉREI F.: 1966. A Rorschach-próba I. /Orsz. Ideg- és
Elmeógyógyintézet Pszichodiagnosztikai Labora-
tórium, Vademecum sorozat 16./
45. MÉREI F.: 1967. A Rorschach-próba II. /Orsz. Ideg- és
Elmeógyógyintézet Pszichodiagnosztikai Laborato-
rium, Vademecum sorozat 17. sz./
46. MÉREI F.: 1968. A Rorschach-próba III. /Országos Ideg-
és Elmeógyógyintézet Pszichodiagnosztikai Labo-
ratórium, Vademecum sorozat 18. sz./
47. MÉREI F.: 1968. Különleges reakciók a Rorschach-próbá-
ban, Pszichológiai Tanulmányok XI. 677-700.
48. MÉREI F.: 1968. A Lüscher-próba a klinikai pszicho-
diagnosztikában, Pszichológiai Tanulmányok XI.
711-730.
49. MISKOLCZY D.: 1968. A bel- és ideggyógyászat határterü-
leti kérdései. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

50. MOUSSONG-KOVÁCS E.: 1965. A kórlélektani elemzés multidimenzionalitása és a teszteredmények interferenciája közötti kapcsolat.
Pszichológiai Tanulmányok VII. 279-284.
51. MOUSSONG-KOVÁCS E.: 1967. Pszichopatológia és a pszichológiai folyamatok, Magyar Pszichológiai Szemle 1. 129-132.
52. NÉMET N.: 1968. A testséma-változás integrációs zavara agydaganatos gyermekbetegeknél.
Pszichológiai Tanulmányok XI. 459-476.
53. NYIRŐ GY.: 1962. Psychiatria. Medicina Könyvkiadó.
54. RADNAI BÉLA szerkesztésében: 1968. Alkalmazott pszichológia. Gondolat Kiadó.
55. RIESZ B.: A személyiség problémája a mai szovjet pszichológiában, 1966. Bölcsészdoktori értekezés, Szeged.
56. RITÓK P.-TAKÁCS M.: 1967. Pályaválasztási szaktanácsadás, /kézikönyv pályaválasztási szakvizsgálatok elvégzéséhez/ Munkaügyi Minisztérium, Budapest.
57. RORSCHACH H.: 1954. Psychodiagnostik, Hans Huber Verlag, Bern.
58. RUBINSTEIN SZ.L.: 1962. Léte és tudat, Kossuth Könyvkiadó. Budapest.
59. RUBINSTEIN SZ.L.: 1967. Az általános pszichológia alapjai I-II.kötet, Akadémiai Kiadó, Budapest.
60. SÁGI A.: 1963. A szovjetunióban folyó személyiségvizsgálatok néhány kérdése, Magyar Pszichológiai Szemle, 3. 448.-454.
61. SURÁNYI G.: 1964. A személyiség pszichológiájának problémái, Magyar Pszichológiai Szemle, 4. 587-590.
62. SZAKÁCS F. összeállítása: 1968. Négy klinikai próba, /Benton, Lüscher, P.F.T., Szondi/Országos Ideg-és Elmegyógyintézet Pszichodiagnosztikai Laboratórium, Vademecum sorozat 29. szám.

63. SZARKISZOV SZ.A.: 1968. Agystruktúra és agyfunkció.
Akadémiai Kiadó, Budapest.
64. SZMIRNOV A.A.: 1967. A szovjet pszichológiai fejlődésének útja, Magyar pszichológiai Szemle,
1. 1 - 18.
65. SZMIRNOV A.A.: 1967. Néhány korreláció az emlékezés terén, Pszichológiai Tanulmányok K. 15-27.
66. VINCZE L.: 1967. Vizsgálati módszerek a lélektanban,
A teszt. Tankönyvkiadó, Budapest.
67. WAGNER Á. - KISZELY GY.: 1968. Kisérleti pszichológiai eljárások a Szegedi Orvostudományi Egyetem felvételi vizsgáin. Felsőoktatási Szemle,
6. 355- 366.
68. ZULLIGER H.: 1962. De ZULLIGER-Tafeln-Teszt, Hans
Huber Verlag, Bern.